

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik
der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster

(Direktoren:

Prof.Dr.med. G.G. Brune, Prof.Dr.med. R. Tölle)

Abteilung Klinik für Psychiatrie

(Leitung: Prof.Dr.med. R. Tölle)

Untersuchung über die Anwendung von
Psychopharmaka in der internistischen
Abteilung eines Kleinstadtkrankenhauses

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Fachbereiche

5 Vorklinische und Theoretische Medizin und

6 Klinische Medizin

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster

vorgelegt von

Carl-Hermann Bothe

aus Münster

1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552206_0016

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik
der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster

(Direktoren:

Prof.Dr.med. G.G. Brune, Prof.Dr.med. R. Tölle)

Abteilung Klinik für Psychiatrie

(Leitung: Prof.Dr.med. R. Tölle)

Untersuchung über die Anwendung von
Psychopharmaka in der internistischen
Abteilung eines Kleinstadtkrankenhauses

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche

5 Vorklinische und Theoretische Medizin und

6 Klinische Medizin

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster

vorgelegt von

Carl-Hermann Bothe

aus Münster

1980



Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. Themann

1. Berichterstatter Prof. Dr. med. R. Tölle

2. Berichterstatter Priv. Doz. Dr. med. G. Heinz

Tag der Promotion: 8. 8. 1980

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

s der Klinik für Psychiatrie und Neurologie
r Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

ferent: Prof. Dr. med. Tölle Korreferent: Priv. Doz. Dr.G. Heinz

Zusammenfassung

the, Carl-Hermann

tersuchung über die Anwendung von Psychopharmaka in der inter-
stischen Abteilung eines Kleinstadtkrankenhauses

e Ergebnisse umfassen die Durchsicht von 1003 Krankengeschichten.
e für die Bearbeitung des Themas relevanten Daten wurden vom
chenzentrum der Universität ausgewertet.

nd 60 % der Patienten wurden mit Psychopharmaka behandelt, wobei
anquilizer und Neuroleptika im Vordergrund standen.

eiviertel aller Verordnungen konzentrierten sich auf nur 5 Präparate.
fferenzen in der Verordnung von Psychopharmaka ergaben sich bei
r Verteilung nach Geschlechtern, nach Alter, nach Station und nach
r Behandlungsdauer.

e Auswertung nach internistischen Diagnosen ergab die höchsten Ver-
dnungsquoten von Psychopharmaka bei Herz-Kreislaferkrankungen und
i Erkrankungen der Atmungsorgane.

i den psychiatrischen bzw. psychosomatischen Diagnosen lag die
wendung von psychotropen Medikamenten gegenüber der bei interni-
ischen Diagnosen um 15 % höher.

ychisch, psychosomatisch, psychiatrisch oder psychosozial auffäl-
ge Merkmale traten bei einem Drittel aller Patienten auf, wovon
t 70 % mit Psychopharmaka behandelt wurden.

lgende Verordnungsmuster ergaben sich für die einzelnen Psycho-
armakagruppen:

anquilizer wurden bevorzugt bei jungen Patienten, bei männlichen
tienten und bei Herz-Kreislaufkranken gegeben.

tidepressiva machten nur einen ganz geringen Anteil aus.

uroleptika wurden häufig in schwach potenter Wirkungsform als
anquilizer, bei der Depression als Neurothymoleptikum und in
ark potenter Wirkungsform bei älteren weiblichen Patienten zur
mpfung gegeben.

pnotika wurden hauptsächlich als Kombination des Barbiturates
lobarbital mit Prothipendyl verordnet.

Meinem Vater

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung und Fragestellung	5
II.	Methode	7
	1. Stichprobe	7
	2. Erhebungsbogen	8
	3. Datenverarbeitung	17
III.	Ergebnisse und Diskussion	19
	1. Verteilung nach Stoffklassen	20
	2. Einzelne Stoffklassen nach chemischer Struktur	24
	3. Einzelne Monosubstanzen innerhalb der Stoffklassen	25
	4. Geschlechtsverteilung	32
	5. Verteilung nach Altersklassen	37
	6. Stationsverteilung	44
	7. Verteilung nach Behandlungsdauer	50
	8. Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius	54
	9. Intoxikationen mit Psychopharmaka	55
	10. Abhängigkeit	57
	11. Internistische Hauptdiagnosen	60
	12. Ausgewählte psychiatrische und psychosomatische Diagnosen	70
	13. Psychische, psychosomatische und psychiatrisch/psychosozial auffällige Merkmale	84

IV.	Zusammenfassung	99
V.	Literaturverzeichnis	104

I. Einleitung und Fragestellung

Das Wort "Psychopharmakon" gab es bereits im Mittelalter, denn schon 1548 veröffentlichte REINHARDUS LORCHIUS aus Hadamar unter dem Titel "Psychopharmacon, hoc est: medicina animae" eine Sammlung von Trost- und Sterbegebeten (17). Die heutige Ära der Psychopharmakotherapie begann mit der Einführung des Chlorpromazins im Jahre 1952, das von Paris aus Verwendung in der ganzen Welt fand. Kurz darauf wurde in Zürich das Reserpin zur Behandlung von Psychosen vorgestellt (17). Kaum eine andere Pharmagruppe hat so eine stürmische Entwicklung durchgemacht, wie die der Psychopharmaka. Die Zahl der Handelspräparate erscheint kaum noch überschaubar. Jedoch ist bei genauer Betrachtung der zugrundeliegenden chemischen Strukturformel festzustellen, daß die meisten Präparate auf nur wenige Grundgerüste zurückzuführen sind. HERXHEIMER (19) macht für dieses nicht zuletzt auch wirtschaftliche Interessen der Pharmaindustrie verantwortlich: "Companies have

to introduce new products to survive and to prosper". So handelt es sich bei den meisten neuen Psychopharmaka um Analogiesubstanzen mit einer der Muttersubstanz vergleichbaren Wirkung (42).

Der rasanten Forschung auf dem Gebiet der psychotropen Pharmaka ging ein ebenso schnell ansteigender Verbrauch dieser Medikamente parallel. So stellte HAASE (15) aufgrund persönlicher verbindlicher Informationen der Industrie fest, daß im Jahre 1965 in der BRD von den Apotheken psychotrope Medizin im Wert von ca. 375 Millionen DM abgegeben wurden. Im Jahre 1974 betrug dieser Wert bereits 681 Millionen DM.

Nach Meinung des Autors spielte der Preisanstieg für Psychopharmaka in diesem Zeitraum als Ursache nur eine untergeordnete Rolle. Somit hatte sich der Verbrauch an Psychopharmaka in 9 Jahren nahezu verdoppelt. Die Tatsache, daß die Psychopharmaka, ursprünglich für die Behandlung psychischer Krankheiten entwickelt, ein sehr breites therapeutisches Feld in der Inneren Medizin und in der Allgemeinmedizin gefunden haben, könnte zum Teil diesen hohen Anstieg erklären.

HEBENSTREIT (17) weist in seiner Übersicht "Psychopharmaka in der Allgemeinpraxis" darauf hin, daß nach einer Statistik der Weltgesundheitsorganisation heute jeder Fünfte dazu neigt, einmal in seinem Leben psychisch auffällig zu werden.

Nach MITSCHERLICH (31) zeigen sogar 30-50 Prozent der Kranken, die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, sogenannte "funktionelle Leiden".

Die Wechselbeziehung zwischen Geist und Körper führt dazu, daß zahlreiche psychische Belastungen auf bestimmte Organe projiziert werden. Dieser Verdrängungsmechanismus führt damit zunächst zu organischen Störungen und auf diese Weise den Patienten zum Internisten oder Allgemeinmediziner. Bei zahlreichen internistischen Krankheitsbildern wie Kreislaufstörungen, gastrointestinalen Affektionen, Asthma bronchiale, Hyperthyreose u.a. kommt es bei der Heilung auf die Gleichgewichtslage des Gesamtorganismus an. Da die Psychopharmaka-zwar krankheitsun-spezifisch- in der Lage sind, Stimmungslage, psychisches Verhalten sowie das Vegetativum zu beeinflussen oder nach LINKE (27) die krankhafte Affektivität auf ein normal anmutendes

Maß zu reduzieren oder zu erhöhen, haben sie in der Inneren Medizin eine durchaus berechnigte Indikation.

In der medizinischen Literatur fand die Anwendung von Psychopharmaka in der Inneren Medizin bis jetzt wenig Berücksichtigung, daher sollte es Aufgabe dieser Arbeit sein, als Teil einer Gesamtstudie an verschiedenen Krankenhäusern Art und Umfang der Anwendung von Psychopharmaka in der internistischen Abteilung eines Kleinstadtkrankenhauses empirisch zu untersuchen.

Dabei wurde einerseits das Ziel verfolgt, die Häufigkeit der Veränderungen einzelner Stoffklassen von Psychopharmaka zu erfassen. Ferner sollte untersucht werden, welche Merkmale sich bei Patienten, die Psychopharmaka während des stationären Aufenthaltes bekamen, fanden, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer, internistische Diagnose, psychiatrische oder psychosomatische Diagnose, psychische, psychosomatische oder psychosoziale Merkmale.

II. Methode

=====

1. Stichprobe

Zur Erhebung der für diese Untersuchung notwendigen Daten wurden 1003 Krankengeschichten einer inneren Abteilung eines Kleinstadtkrankenhauses aus dem Jahre 1977 systematisch ausgewertet. Die Auswahl der Krankengeschichten erfolgte nach der Einsortierung im Archiv, das nach Geburtstag und Geburtsmonat des entsprechenden Patienten gegliedert war. Da dabei das Geburtsjahr jeweils unberücksichtigt blieb, findet sich in unserer Arbeit ein repräsentativer Querschnitt durch alle Altersstufen. Auch eine Bewertung eines bestimmten Zeitraumes des Jahres 1977 bezüglich des stationären Aufenthaltes war damit ausgeschlossen. Die zu ermittelnden Daten wurden auf einen Erhebungsbogen übertragen und dann der Auswertung zugeführt.

2. Erhebungsbogen

Die nach zweimaliger Modifikation entstandene endgültige Form des Erhebungsbogens gibt die Abbildung 1 wieder:

1. Station	_____
2. Alter	_____
3. Geschlecht	_____
4. Behandlungsdauer (Tage)	_____

5. Diagnosen	a. _____	_____
	b. _____	_____
6. psych./psychosom.Diagnosen	_____	_____
7. psych./psychosom.Zusammenhänge im Arztbrief		_____
8. Konsiliarius		_____

9. Psychopharmaka vor der Einweisung	_____
10. Intoxikation mit Psychopharmaka	_____
11. Hinweise auf Abhängigkeit	_____
12. psych./psychosom./psychosoz.Diagnosen (anamnest.u.falls unter 6 nicht erwähnt)	_____
13. psych./psychosom./psychosoz.Symptome	_____
EA	_____
JA	_____
14. psych./psychosom./psychosoz. Auffälligkeiten	_____

15. Psychopharmaka bei station.Behandlung	_____
Tranquilizer	Distraneurin
_____ mg	_____ mg
Antidepressiva	Sonstige
_____ Tbl	_____ Tbl
_____ mg	_____ mg
Hypnotika/Sedativa	Neuroleptika
_____ Tbl	_____ Tbl
_____ mg	_____ mg

Abbildung 1: Der Erhebungsbogen, Erläuterung
siehe Text

Die Erhebung der Daten erfolgte nach folgenden Gesichtspunkten:

Das Alter der Patienten wurde in Lebensjahren erhoben, bei der Auswertung erfolgte dann eine Gliederung in sieben Altersklassen (s.b. Ergebnisse).

Die Stationsverteilung gliedert sich in drei Allgemein-, davon eine Männer- und zwei Frauenstationen und eine Privatstation.

Die Behandlungsdauer wurde in Tagen festgehalten, um dann später in drei Klassen gegliedert zu werden: 1-7, 8-28 und ≥ 29 Tage.

Hinweise auf Abhängigkeit, die der Anamnese zu entnehmen waren, wurden wie folgt eingeteilt: Abhängigkeit von Alkohol, Hypnotika, Tranquilizer, Opiaten und Opiatderivaten und Sonstigem.

Die interalistischen Diagnosen wurden in folgende Krankheitsklassen in Anlehnung an das Buch von PIPER (33) "innere Medizin" eingeteilt:

Herz/Kreislauf, Atmungsorgane, Niere/Harnwege/
Prostata/Genitale, Magen/Darm, Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten, Endokrines System, Blut/
Lymphatisches System, Allergische-/Immunologische
Krankheiten, Bewegungsapparat, Leber/Pankreas,

Galle, Sonstige und Unbekannt. Die Organdiagnosen Leber/Pankreas und Galle wurden wegen der Berücksichtigung der Psychosomatischen Komponente extra aufgeführt. In der Rubrik "Unbekannt" wurden die Krankengeschichten berücksichtigt, bei denen keine Diagnose von mir gefunden werden konnte. Waren in einem Arztbrief mehrere Diagnosen aufgeführt, so wurde nur diejenige Diagnose in der Auswertung berücksichtigt, die Ursache des stationären Aufenthaltes war und den Verlauf weitgehend bestimmte.

Ergab sich in der Diagnose ein Hinweis auf eine psychiatrische Erkrankung, so wurde versucht, sie in einer der folgenden Klassen einzuordnen: Tablettenintoxikation, Tablettenabusus, Alkoholintoxikation, Alkoholabusus, hirnnorganisches Psychosyndrom, Cerebralsklerose, endogene, neurotische oder konstitutionelle Depression, sonstige Psychosen und psychovegetatives Syndrom.

Für das Krankengut einer internistischen Abteilung erwies sich diese Einteilung als praktikabel und ausreichend.

Die Klasseneinteilung der psychosomatischen Diagnosen erfolgte in Anlehnung an das Lehrbuch von BRÄUTIGAM und CHRISTIAN (5), "Psychosomatische Medizin". Sie wird durch folgende Abbildung wiedergegeben:

Herzneurose, Phobie
Psychosomatische Herzrhythmusstörung
Orthostatisches Syndrom
Essentielle Hypertonie
Coronare Herzkrankheit
Hyperventilationssyndrom
Asthma bronchiale
Aerophagie
Globussyndrom
Psychosomatisches Erbrechen
Achalasie
Gastritis
Ulcus pepticum
Zustand nach Magenresektion
Obstipation
Emotionelle Diarrhoe
Reizcolon
Ileitis terminalis
Colitis ulcerosa
Oberbauchbeschwerden unklarer Genese
Anorexia nervosa
Adipositas
Hyperthyreose
Neurodermitis
Urtikaria, Quinke-Ödem
Amenorrhoe
Dysmenorrhoe
PCP, rheumatische Arthritis
Weichteilrheumatismus
Spannungskopfschmerzen
Migräne
Sonstiges

Abbildung 2: Schlüssel der psychosomatischen Diagnosen

Die Angabe von psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Merkmalen in dem Krankenblatt oder dem Arztbrief wurde nach Schlüsseln festgehalten, die sich an den beiden folgenden Vorlagen orientieren:

"Zur Scheinkorrelation zwischen neurotischen Körperbeschwerden und sozialer Schichtzugehörigkeit" von BECKMANN, BRÄHLER und BRAUN (1) und "HHM-Beschwerde-liste bei Patienten der internistischen Ambulanz"

von MEYER, ZERSSEN und KEREKJARTO (13). Daraus wurden die wichtigsten Beschwerdebilder ausgewählt, soweit nötig, ergänzt, um dann über folgenden Schlüssel verfügen zu können:

Schlafstörung
Angst
Depression
Unruhe
Erregung
Reizbarkeit
(nervöse) Erschöpfung
Konzentrationsschwäche
Suicidalität
Lorgorrhoe
Aggressivität
uneinsichtig, unkooperativ
einsichtig, kooperativ
sonstige psychische Auffälligkeiten

Abbildung 3 : Schlüssel psychisch auffälliger
Merkmale

Herzklopfen, Herzjagen, Herzstolpern
Stiche, Ziehen in der Brust
Schwindel
Ohnmachtsgefühl
Flimmern, Schwarzwerden vor den Augen
Erröten
Schweißausbruch, Schwitzen
Mißempfindungen durch Wärme
Mißempfindungen durch Kälte
Kloßgefühl, Würgen im Hals
Schluckbeschwerden
Heißhunger
Starker Durst
Drang zum Wasserlassen
Verstopfung
Durchfall
Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen
Sodbrennen
Druck- oder Völlegefühl im Leib
Magenschmerzen
Unterleibsschmerzen

Abbildung 4: Schlüssel psychosomatischer Merkmale

Sonstige Abdominalbeschwerden/Schmerzen
Adipös
Beklemmungsgefühl
Luftnot
Hyperventilation
Hustereiz
Halsschmerzen
Müdigkeit, Mattigkeit, Schwächegefühl
Gewichtszunahme
Gewichtsabnahme
Kopfschmerzen, Kopfdruck
Sehstörungen
Weinen
Juckreiz
Gleichgewichtsstörungen
Sexuelle Störungen/Schwierigkeiten
Sonstige psychosomatische Auffälligkeiten
Gelenk- und Gliederschmerzen
Kreuz- und Rückenschmerzen
Nacken- und Schulterschmerzen
Verkrampfung im Arm beim Schreiben

Abbildung 4: Fortsetzung

Beschwerden ohne (organ)pathologischen Befund
Funktionelle Beschwerden, etc.
Psychische Überlagerung organischer Beschwerden
Cerebralsklerotische Symptomatik, hirnorganisches
Psychosyndrom (Verwirrtheit, Desorientiertheit,
Vergeßlichkeit ...)
Alkoholanamnese (Delir, Rausch, Foetor alcoholicus)
Starker Nikotinabusus
Sonstige Suchtkrankheiten (Schlafmittel, Drogen...)
LKH-Aufenthalte, sonstige ambulante und stationäre
psychiatrische Behandlungen
Suicidversuche (anamnestisch)
Soziale Isolation
Asoziales Milieu
Private familiäre Schwierigkeiten
Berufliche Schwierigkeiten
Sonstige psychiatrische/psychosoziale Merkmale

Abbildung 5: Schlüssel psychiatrischer/psychosozial auffälliger Merkmale

Die Psychopharmaka, die während des stationären Aufenthaltes angewendet wurden, wurden zur Erhebung in sechs große Gruppen eingeteilt: Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika, Hypnotika, Clomethiazol und Sonstige. Die Wirkstoffgruppe "Clomethiazol" wurde wegen der spezifischen Indikation gesondert neben den anderen Hypnotika festgehalten. Unter "Sonstige" wurden alle Kombinationspräparate, die ein Psychopharmakon als eine Komponente enthielten, geführt. Die Unterteilung in die einzelnen Untergruppen zeigt die folgende Abbildung:

Tranquilizer

Benzodiazepin-Derivate

Carbaminsäure-Derivate

Diphenylmethan

Tri- und Tetracycline

Antidepressiva

Tricyclische

Tetracyclische

Monoaminoxydase-Hemmer

Lithium-Salze

nicht-klassifiziert

Neuroleptika

Phenothiazin-Derivate

Thioxanthen-Derivate

Butyrophenon-Derivate

Hypnotika/Sedativa

"Schlafmittel"

Harnstoffderivate

Barbiturate

Piperidin-Derivate

Alkohol/Aldehyd-Derivate

Pflanzliche

Sonstige

Psychophark.i.Kombn.Präparaten

Psychopharmaka

Schmerz

Herz, Kreislauf

Magen, Darm

Lunge, Bronchien

Sonstige

Abbildung 6 : Schlüssel der Psychopharmaka

3. Datenverarbeitung

Von dem Erhebungsbogen wurden die Daten auf Lochkarten übertragen, um dann über die EDV-Anlage der Universität Münster ausgewertet zu werden. Das dafür benötigte Programm erstellte das Institut für Biomathematik, unter dem Gesichtspunkt der Berechnung von Korrelationen zwischen den einzelnen Psychopharmakagruppen und den anderen auf dem Erhebungsbogen festgehaltenen Merkmalen.

Die so ermittelten Daten wurden dann diskutiert und, wenn möglich, mit in der Literatur aufgeführten Angaben verglichen. Außerdem fand zur genauen Hypothesenbildung ein Gespräch über die Ergebnisse mit den Ärzten der betreffenden internistischen Abteilung statt.

Fehlerquellen dieser Arbeit lagen zum einen in der Tatsache, daß es sich um eine sekundäre Datenerhebung, das heißt um eine Bearbeitung von primär erhobenen Daten nach Krankenakten handelte, zum anderen in der manchmal unvollständigen Krankengeschichte, Fehlen der Kopie des Arztbriefes oder anderer wichtiger Daten. Auch konnte nicht beurteilt

werden, wie exakt die Führung der Kurven auf dieser internistischen Abteilung war, ob zum Beispiel die Psychopharmaka, die der Nachtdienst den Patienten verabreichte, registriert wurden. Nach Rücksprache mit den Mitarbeitern der einzelnen Stationen ist es jedoch wahrscheinlich, dass die Menge der angegebenen Psychopharmaka durch nicht in das Krankenblatt eingetragene Applikationen höher lagen.

Bei einigen bemerkenswerten Ergebnissen wurde der Chi-Quadrat-Test (1 % Niveau) zur Überprüfung der Signifikanz durchgeführt.

III. Ergebnisse und Diskussion

=====

Dieses Kapitel umfaßt die Auswertung von 1003 durchgesehenen Krankengeschichten aus dem Jahr 1977, wobei jeweils die absoluten und relativen (prozentualen) Häufigkeiten der einzelnen Psychopharmakaverordnungen mit allen erfaßbaren und statistisch verwertbaren Merkmalen verglichen werden.

Aus Platzgründen werden folgende Abkürzungen in den angeführten Tabellen verwendet:

PPV = Psychopharmakaverordnungen

T = Tranquilizer

A = Antidepressiva

N = Neuroleptika

H = Hypnotika

C = Clometiazol

S = Sonstige

Pat = Patient

1. Verteilung nach Stoffklassen

Von den 1003 Patienten werden insgesamt 615 (61,3 %) während des stationären Aufenthaltes mit Psychopharmaka behandelt. Auf diese 615 Patienten entfallen 993 Verordnungen, entsprechend 1,6 Verordnungen pro Patient.

	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
abs.	993	342	37	390	12	28	184
%	100	34,5	3,7	39,3	1,2	2,8	18,5

Tabelle 1: Gesamtpsychopharmakaverordnungen nach
Stoffklassen geordnet

Bei der Verteilung auf die einzelnen Psychopharmakagruppen (Tabelle 1) ist auffällig, daß der Anteil der verordneten Neuroleptika (39,3 %) den der Tranquilizer (34,5 %) übertrifft. Die Hypnotika fallen mit 12 (1,2 %) deswegen so niedrig aus, weil als Schlafmittel neben Tranquilizer bevorzugt ein Mischpräparat gegeben wird, das sich der eindeutigen Differenzierung wegen unter der Rubrik "Sonstige" (18,5 %) statistisch niederschlägt. Dabei handelt es sich

um eine Kombination des Barbiturates Cyclobar-
bital mit Prothipendyl, einem schwachen Neuro-
leptikum. Eine Zusammenstellung aller verordneten
Psychopharmaka mit der Indikation "Schlaflosig-
keit" gibt die Tabelle 5 wieder.

WEBER (40) stellt in ihrer Untersuchung der Ver-
ordnungsmuster für Psychopharmaka einen "Patien-
tenanteil von mindestens 62 % fest, was mit
unserem Ergebnis übereinstimmt.

Eine Aufschlüsselung nach Stoffklassen findet
sich bei HOLLMANN (20), der in einem kommunalen
Krankenhaus mit 240 Betten im Jahr 1976 eine
Arzneimittelanalyse durchführte. Die folgenden
Zahlen geben prozentuale Anteile der Psycho-
pharmaka ausschließlich bei internen Patienten
wieder:

Benzodiazepine	40,5 %	
Triz. Antidepressiva	6,9 %	
Phenothiazine	12,1 %	} = 17,2 %
Butyrophenone	5,1 %	
Barbiturate	14,2 %	
Clomethiazol	8,9 %	
Versch. Monosubstanzen	3,9 %	
Kombinationspräparate	8,4 %	

Da es sich hierbei um Psychopharmaka handelt, die durch die Apotheke abgegeben und anschließend mit der Patientenzahl korreliert werden, sind die Ergebnisse nicht eindeutig vergleichbar. Der Autor weist im zweiten Teil seiner Arbeit (21) auf die "Diskrepanz zwischen Medikamenten- und Krankenblattanalysen" hin, die für Psychopharmaka rund 50 % beträgt, das heißt, es wurden rund 50 % mehr Medikamente von der Apotheke abgegeben, als in den Krankenblättern verzeichnet sind.

Doch läßt sich tendenziell ein hoher Anteil an Tranquilizer in Form von Benzodiazepinen erkennen. Die Differenz bei den Hypnotika ist durch die bereits oben erwähnte andere Registrierung der Schlafmittel in meiner Untersuchung erklärt.

Die Tatsache, daß die Neuroleptika-die Tranquilizerverordnungen übertreffen, läßt die Vermutung zu, daß verstärkt schwach potente Neuroleptika zum Zweck der Sedierung verwendet werden, um der Gefahr der sich möglicherweise entwickelnden Abhängigkeit zu entgehen. Dieses ließ sich in der Diskussion mit den Ärzten der Abteilung bestätigen.

HAASE (15) sieht hingegen den "Einsatz von Neuroleptika in niedriger Dosierung, als Tranquilizer" wegen der Gefahr der Nebenwirkungen und "nach Einführung der modernen Tranquilizer nur noch selten gerechtfertigt".

Die Autoren BENKERT und HIPPIUS (4) empfehlen die Verordnung von Neuroleptika in geringer Dosierung, wenn bei dem Patienten das Risiko der Abhängigkeit gegeben ist.

ESPENSCHIED (38) propagiert ebenfalls Zurückhaltung bei Tranquilizerverordnungen. Er schlägt stattdessen vor, mehr ~~Belladonna~~-Präparate zu verordnen.

2. Einzelne Stoffklassen nach chemischer Struktur

Die Aufschlüsselung nach der chemischen Struktur ergibt folgendes Bild:

Bei den Tranquilizern (Gesamt: 342) entfallen 99,7 % auf Benzodiazepin-Derivate, lediglich einmal wird ein Carbaminsäure-Derivat verordnet. Die Antidepressiva setzen sich zu 100 % aus der Gruppe der tricyclischen Struktur zusammen. Phenothiazin-Derivate und Butyrophenon-Derivate bilden mit 52,3 % bzw. 47,7 % die Gruppe der Neuroleptika.

Die 12 Hypnotikaverordnungen wurden alle durch Barbiturate gebildet.

3. Einzelne Monosubstanzen innerhalb der Stoffklassen

Betrachten wir nun die Anteile einzelner Substanzen innerhalb der Stoffklassen, so ist interessant, daß bei den heute zahlreich auf dem Markt vorhandenen Tranquilizern das Diazepam (Valium^R) mit 293 (85,7 %) Verordnungen an der Spitze liegt (Tabelle 2). 80 mg beträgt die mittlere Dosierung pro Patient, bei dem Oxazepam (Praxiten^R) hingegen ca. 414 mg, wobei anzu-
merken ist, daß es sich im Gegensatz zu Valium^R um eine nur geringe Anzahl an Verordnungen (19) handelt, so daß extrem hohe Dosen (bis zu 2200 g) bei 3 Patienten überdurchschnittlich ins Gewicht fallen.

Generischer Name (Präparat)	PPV		Mittlere Dosierung pro Patient
	abs.	%	
Diazepam (Valium ^R)	293	85,6	ca. 80 mg
Oxazepam (Praxiten ^R)	19	5,6	ca. 414 mg
Oxazepam (Adumbran ^R)	8	2,3	ca. 76 mg
Lorazepam (Tavor ^R)	12	3,5	ca. 35 mg
Flurazepam (Dalmadorm ^R)	5	1,5	ca. 88 mg
Chlordiazepoxid (Librium)	4	1,2	
Meprobamat (Miltan ^R)	1	0,3	
Gesamt	342	100	

Tabelle 2: Häufigkeit der Verordnungen und
mittlere Gesamtdosierung einzelner
Tranquilizer.

Die 37 Antidepressiva-Verordnungen teilen sich folgendermaßen auf drei Wirkstoffgruppen auf:

Generischer Name (Präparat)	PPV	
	abs.	%
Trimipramin (Stangyl ^R)	15	40,6
Amitriptylin (Saroten ^R)	13	35,1
Amitriptylin + Chlordiazepoxid (Limbatriil ^R)	9	24,3
Gesamt	37	100

Tabelle 3: Häufigkeit der Veränderungen einzelner Antidepressiva

Die Tabelle 4 gibt Auskunft über den Anteil der einzelnen Substanzen in der Gruppe der Neuroleptika:

Generischer Name (Präparate)	PPV		Mittlere Dosierung pro Patient
	abs.	%	
Perphenazin (Decentan ^R)	93	23,8	ca. 93 mg
Thioridazin (Melleril ^R)	63	16,2	ca. 1314 mg
Trifluopromazin (Psyquil ^R)	40	10,3	ca. 57 mg
Promethazin (Atosil ^R)	7	1,8	ca. 290 mg
Laevomepromazin (Neurocil ^R)	1	0,3	
Haloperidol (Haldol ^R)	186	47,6	ca. 67 mg
Gesamt	390	100	

Tabelle 4: Häufigkeit der Verordnungen und mittlere Gesamtdosierung einzelner Neuroleptika.

Zwei Neuroleptika, nämlich Perphenazin (Besentan^R) und Thioridazin (Melleril^R) haben einen Anteil von ca. 40 %. Sie machen zusammen über dreiviertel der Verordnungen von Phenthiazin-Derivaten aus. Zurückzuführen ist diese Tatsache auf die Tranquilizer-Eigenschaften dieser Präparate bei milder Dosierung. Dieses bestätigt die bereits im Kapitel 1 über den hohen Anteil der Neuroleptika bei der Gesamtübersicht geäußerte Vermutung.

Auffällig ist die hohe Anzahl der Haloperidol- (Haldol^R) verordnungen von 186 (47,6 %).

Nach Rücksprache mit den einzelnen Stationen konnten wir feststellen, daß vor allem älteren Patienten dieses Medikament als Schlafmittel verabreicht wurde (s. Kapitel 5).

Die 12 Hypnotika setzen sich aus 11 Phobarbital (Luminal^R)- und 1 Barbital(Veronal^R) Verordnungen zusammen. Da wir bei der Erfassung die reinen Hypnotika von den Mischpräparaten, die unter der Rubrik "Sonstige" aufgeführt sind, entsprechend getrennt haben, und weil unter den Tranquilizern das Präparat Dalmadorm^R eingereicht ist, sind in der folgenden Aufstellung (Tabelle 5) alle Medikamente mit der Indikation "Schlaflosigkeit" zusammengefaßt:

Generischer Name (Präparat)	PPV	
	abs.	%
Flurazepam (Dalmadorm ^R)	5	3,6
Phenobarbital (Luminal ^R)	11	8,0
Barbital (Veronal ^R)	1	0,7
Cyclobarbitol + Prothipendyl (Itridal ^R)	108	78,3
Methaqualon + Diphenhydramin (Mandrax ^R)	11	8,0
Hexobarbital + Carbromal (Dormopan ^R)	2	1,4
Gesamt	138	100

Tabelle 5: Häufigkeit der Verordnungen von Schlafmitteln

Die Addition nach spezieller Indikation eines Tranquillizers und der Hypnotika- und Mischpräparate ergibt 138 Schlafmittel-Verordnungen. Bezogen auf die Anzahl aller Verordnungen (993= 100 %) entspricht das einem Anteil von 13,9 %. Das Mittel der Wahl in dem von uns untersuchten Krankenhaus ist das Mischpräparat Itridal^R (98 Verordnungen = 78,3 %), das sich aus dem Neuroleptikum Prothipendyl und dem Barbiturat Cyclobarbitol zusammensetzt.

Die mittlere Gesamtdosierung beträgt ca. 12 Tabletten pro Patient, entsprechend 1200 mg Cyclobarbital und 240 mg Prothipendyl.

Die Rubrik "Sonstige" (184 Verordnungen) wird durch Bellergal^R mit 63 Verordnungen, Dosierung ca. 42 Tabletten pro Patient, vervollständigt.

Der Stoffgruppe Clomethiazol entspricht das Präparat Distraneurin^R mit einer Gesamtdosierung von ca. 4734 mg pro Patient. Die besondere Berücksichtigung dieses Stoffes ergibt sich aus der engen Indikation.

Zusammenfassend muß erwähnt werden, daß sich von den 993 Verordnungen 743, das heißt ca. dreiviertel auf nur 5 Präparate konzentrieren (Tabelle 6):

Präparat	PPV	
	abs.	%
1. Valium ^R	293	29,5
2. Haldol ^R	186	18,7
3. Itridal ^R	108	10,9
4. Decentan ^R	93	9,4
5. Melleril ^R	63	6,3
	743	74,8
Sonstige	250	25,2
Gesamt	993	100

Tabelle 6: Übersicht über die 5 am häufigsten verordneten Präparate.

4. Geschlechtsverteilung

Die Verteilung der Gesamtverordnungen nach Geschlechtern bei den insgesamt 615 mit Psychopharmaka behandelten Patienten ergibt einen männlichen Anteil von 327 (66,7 %) und einen weiblichen Anteil von 288 (56,1 %) Patienten. Damit liegt die Häufigkeit der Behandlung mit Psychopharmaka bei den Männern um gut 10 % höher, bei einem allerdings geringfügig niedrigen Anteil an der Gesamtverteilung aller Patienten (♂:490 = 48,9 %, ♀:513 =51,1 %).

Die nachfolgende Tabelle 7 zeigt, daß die männlichen Patienten folgerichtig dann auch den höheren Anteil an Psychopharmakaverordnungen auf sich vereinigen.

Geschlecht	Gesamt-PPV	T	A	N	H	C	S
♂							
abs.	531	198	22	147	7	23	134
%		37,3	4,1	27,7	1,3	4,3	25,2
♀							
abs.	462	144	15	243	5	5	50
%		31,2	3,3	52,6	1,1	1,1	10,8
Gesamt							
abs.	993	342	37	390	12	28	184
%	100	34,5	3,7	39,3	1,2	2,8	18,5

Tabelle 7: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zum Geschlecht

Chi-Quadrat-Test Neuroleptikaverordnungen in Bezug zum Geschlecht:

$$\chi^2 (1; 0,01) = 64,3 \gg \chi^2 = 6,63 \text{ (Tafelwert)} \Rightarrow$$

Ergebnis ist signifikant

Nach den einzelnen Psychopharmakagruppen gegliedert, ist der besonders hohe Anteil an Neuroleptika bei den Patientinnen gegenüber den Patienten im Verhältnis von 52,6 zu 27,7 % auffällig. Eine derartig große Differenz läßt sich bei den Tranquilizern nicht feststellen. Die Verabreichung von Chlormethiazol liegt bei den Männern mit fast 5 % erwartungsgemäß höher als bei den Frauen (1,1 %), bedingt durch die häufigen Alkoholanamnesen bei den männlichen Patienten.

Auch bei der Gruppe der Mischpräparate, die zum größten Teil durch die Schlafmittel gebildet wird (65,8 %), überwiegen die Verordnungen bei den männlichen Patienten die der weiblichen um rund 15 %. Hier kann man annehmen, daß die Frauen als Schlafmittel mehr Neuroleptika bekommen haben, was sich anhand des oben beschriebenen erheblich höheren Anteiles dieser Psychopharmakagruppe vermuten läßt.

Bei Betrachtung der Anzahl der Verordnungen (Tabelle 8) ist eine auffällige Differenz zwischen beiden Geschlechtern nicht festzustellen. Das Gros liegt bei ein bis zwei Präparaten, zusammen jeweils fast 90 %, während die Zahl von fünf verschiedenen Psychopharmaka nicht überschritten wird.

Geschlecht	Patienten mit PPV	Anzahl der Verordnungen			
		1	2	3	4
♂ abs. %	327	180	106	30	7
		55,1	32,4	9,2	2,1
♀ abs. %	288	163	87	28	9
		56,6	30,2	9,7	3,1
Gesamt abs. %	615	343	193	58	16
		55,8	31,4	9,4	2,6
					5
					0,8

Tabelle 8: Anzahl der Psychopharmaka in Bezug zum Geschlecht

Der insgesamt höhere Anteil an Männern, der mit Psychopharmaka behandelt wird, findet unter anderem in der Bevorzugung bestimmter Krankheitsbilder bei männlichen Patienten, so zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane (s. PIPER (33)), die häufig eine zusätzliche psychopharmakologische Therapie erfordern, eine Erklärung.

Der hohe Neuroleptikaanteil bei den Frauen ist nach Rücksprache mit dem Krankenhaus einerseits personengebunden, da der Arzt der Frauenstation primär Präparate dieser Stoffklasse verordnet. Andererseits kann man feststellen, daß Frauen eher als Langzeitpatienten in Erscheinung treten als Männer, weil meistens die häusliche Pflege nicht gegeben ist.

Dieses kann die Bevorzugung bestimmter Psychopharmaka hervorrufen.

Außerdem möchten wir die differente Somatisierungstendenz zur Diskussion stellen:

Nach einer Untersuchung von CRISP und PRIEST (8) haben Frauen eine stärkere Somatisierungstendenz als Männer, damit auch andere Indikationen für den Einsatz von Psychopharmaka.

5. Verteilung nach Altersklassen

Jahre	Pat.mit abs.	PPV %	Gesamt- Pat.
bis 20	21	20,9	78
21- 30	43	49,4	57
31- 40	89	6,7	70
41- 50	71	66,4	131
51- 60	91	70,9	129
61- 70	113	59,8	189
70	167	63,5	265
Gesamt	615		1003

Tabelle 9: Altersverteilung der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen

Chi-Quadrat-Test Klasse 31-40 Jahre-PPV/ Übrigen Altersklassen-PPV:

$$\chi^2_{(1;0,01)} = 9,58 > \chi^2 = 6,63 \text{ (Tafelwert)}$$

⇒ Ergebnis ist signifikant

Die Altersverteilung der Patienten (Tabelle 9) beschränkt sich auf sieben Gruppierungen, wobei erwartungsgemäß die Anzahl der Patienten pro Klasse mit dem höheren Lebensalter steigt.

Eine Ausnahme bilden die 31-40jährigen, die mit 150 von 1003 Gesamtpatienten stärker vertreten sind, als die beiden nächst folgenden Altersgruppierungen. Auch finden wir bei dieser Gruppe die höchste Quote an Patienten mit Psychopharmakaverordnungen, nämlich über siebzig Prozent.

Dagegen werden bei den über siebenzig Jahre alten Patienten, die mehr als ein Viertel der Gesamtpatienten repräsentieren, in "nur" etwas über sechzig Prozent der Fälle Psychopharmaka verordnet. Sie werden sowohl von der oben erwähnten Gruppe der 31-40jährigen, als auch von der der 41-50jährigen und der der 51-60jährigen übertroffen.

Die folgende Tabelle 10 gibt Auskunft über die Verteilung der Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Beziehung zum Alter:

Tabelle 10: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zur Alters-
verteilung

Jahre	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
bis 20 abs.	27	10	-	13	-	-	4
%		37,0		48,2			14,8
21- 30 abs.	65	28	2	22	1	-	12
%		43,1	3,1	33,9	1,5	-	18,5
31- 40 abs.	189	80	6	60	3	9	31
%		42,3	3,2	31,8	1,6	4,8	16,4
41- 50 abs.	110	34	1	45	1	7	22
%		30,9	0,9	40,9	0,9	6,4	20,0
51- 60 abs.	159	59	6	63	2	6	23
%		37,1	3,8	39,6	1,3	3,8	14,5
61- 70 abs.	176	56	9	67	2	4	38
%		31,8	5,1	38,1	1,1	2,3	21,6
≥ 70 abs.	267	75	13	120	3	2	54
%		28,1	4,9	44,9	1,1	0,8	20,2
Gesamt abs.	993	342	37	390	12	28	184
%		34,5	3,7	39,3	1,2	2,8	18,5

Bei einem Vergleich zwischen den einzelnen Altersgruppierungen können wir feststellen, daß bei den 21-30- und 31-40-jährigen der Anteil der Tranquilizer den der Neuroleptika um rund zehn Prozent übersteigt, wobei diese Stoffklassen in beiden Altersstufen die beachtliche Größe von mehr als 40 Prozent aufweist. In der letzten Altersklasse ($\geq$ 70 Jahre) hingegen liegen umgekehrt die Neuroleptika mit ca. 45 Prozent höher, als die Tranquilizer mit rund 28 Prozent. Die Chlormethiazolverordnungen überwiegen im mittleren Lebensalter, nehmen dann von Stufe zu Stufe ab.

Bei den unter "Sonstige" festgehaltenen Verordnungen ist eine auffällige Divergenz nicht festzustellen.

Jahre	Patienten mit PPV	Anzahl 1	der 2	Verordnungen 3	4	5
bis 20 abs. %	21	16 76,2	4 19,1	1 4,7	-	-
21- 30 abs. %	43	25 58,1	15 34,9	2 4,7	1 2,3	-
31- 40 abs.	109	53 48,6	38 34,9	14 12,9	2 1,8	2 1,8
41- 50 abs. %	71	39 54,9	25 35,2	7 9,9	-	-
51- 60 abs.	91	43 47,3	35 38,4	7 7,7	5 5,5	1 1,1
61- 70 abs.	113	69 61,1	30 26,5	10 8,8	3 2,7	1 0,9
≥ 70 abs. %	167	98 58,7	46 27,5	17 10,2	5 3,0	1 0,6
Gesamt abs. %	615	343 55,8	193 31,4	58 9,4	16 2,6	5 0,8

Tabelle 11: Anzahl der Psychopharmakaverordnungen in Bezug zur Altersverteilung

Die Aufschlüsselung nach der Anzahl der Verordnungen (Tabelle 11) zeigt, daß eine Verordnung pro Patient in allen Gruppierungen überwiegt. Mit steigendem Alter nimmt diese Zahl ebenfalls zu, jedoch ist auch hier wieder die Klasse der 31-40-jährigen auffällig, die, prozentual gesehen, geringfügig mehr 3-fach Verordnungen aufweist, als die der über 70-jährigen.

Nach BRÄUTIGAM und CHRISTIAN (5) ist "das Alter zwischen 20 und 40 der weitaus häufigste Zeitraum, in dem psychosomatische Störungen zum erstenmal auftreten". Diese Erkenntnis wird durch den hohen Anteil an Patienten mit Psychopharmakaverordnungen in diesen Lebensjahren in unserer Untersuchung unterstützt, sofern die Medikation entsprechend einer klaren Indikationsstellung erfolgt.

Der hohe Anteil an Neuroleptika bei den Patienten, die älter als 70 Jahre sind, läßt sich zum Teil auf die Verwendung von Butyrophenonen als Schlafmittel zurückführen.

Auch die von BENKERT/HIPPIUS (4) angeführten Indikationen, wie "Unruhezustände bei älteren

Patienten, cerebraler Arteriosklerose oder senile De menz", für die Verordnungen von Haloperidol spielen hierbei sicherlich eine Rolle.

Positiv zu beurteilen ist die Tatsache, daß die Patienten, die älter als 61 Jahre sind, im Vergleich zu den anderen Altersklassen im Durchschnitt weniger mit Psychopharmaka behandelt werden, obgleich nach KRAUSS (25) "Alterspatienten, die wegen körperlicher Krankheiten hospitalisiert werden, häufiger an seelischen Störungen leiden, als der Altersdurchschnitt".

6. Stationsverteilung

Station		n	Pat.m. PPV	Gesamt- PPV	PPV pro Patient
Männer (Station 6)	abs %	410	275 67,1	438	1,6
Frauen (Station 7)	abs %	205	90 43,9	152	1,7
Frauen (Station 8)	abs %	275	169 61,5	262	1,6
Privat	abs %	113	81 71,7	141	1,7
Gesamt	abs %	1003	615 61,3	993	

Tabelle 12: Verteilung der Patienten mit PPV nach Stationen

Chi-Quadrat-Test Privat-Station-PPV/Allgemein-Station-PPV: $\chi^2_{(1;0,01)} = 5,77 < \chi^2 = 6,63$ (Tafelwert)

⇒ Ergebnis ist nicht signifikant

Bei den vier Stationen der inneren Abteilung des von uns untersuchten Krankenhauses gibt es keine spezifische Verteilung in spezielle Disziplinen, sei es kardiologisch oder gastroenterologisch.

Die auffällige Differenz der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen zwischen den beiden Frauenstationen von knapp 20 Prozent (Tabelle 12) ist nach unseren Feststellungen auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen. So werden auf der Station mit dem niedrigeren Anteil an

Patientinnen mit Psychopharmakaverordnungen (43,9 %) überwiegend Frauen der beiden letzten Altersstufen behandelt, auf der anderen hingegen mit über 60 Prozent mit Psychopharmaka therapierten bevorzugt 30-60-jährige. Diese Tatsache deckt sich mit den in Kapitel 5 ermittelten Daten (siehe auch Tabelle 9).

Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die Zahl der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen auf der Privatstation, die mit über 70 Prozent an der Spitze liegt. Hierbei bleiben jedoch die Altersklassierung und die Geschlechtsverteilung unberücksichtigt.

Die höheren Verordnungsquoten auf der Männerstation gegenüber den beiden Frauenstationen spiegelt ebenso die bereits in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse wieder.

Die Verteilung der Gesamtverordnungen nach Stoffklassen auf die einzelnen Stationen der Inneren Abteilung gibt folgende Tabelle wieder:

Station	Gesamt-						
	PPV	T	A	N	H	C	S
Männer (Station 2)	abs. %	159 36,3	16 3,7	124 28,3	6 1,4	15 3,4	119 26,9
Frauen (Station 7)	abs. %	47 30,9	8 5,3	71 46,7	2 1,3	4 2,6	20 13,2
Frauen (Station 8)	abs. %	74 28,2	6 2,3	155 59,1	3 1,2	3 1,2	21 8,0
Privat	abs. %	62 44,0	7 5,0	40 28,3	1 0,7	6 4,3	25 17,7
Gesamt	abs. %	342 34,5	37 3,7	390 39,3	12 1,2	28 2,8	184 18,5

Tabelle 13: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zu den Stationen

Die höchste Verordnungsquote an Tranquilizern finden wir mit knapp 45 Prozent auf der Privatstation. Dabei ist auffällig, daß diese Zahl, verglichen mit der Aufschlüsselung aller 993 Verordnungen nach Stoffklassen (s.a. Tabelle 1), den Mittelwert um fast 10 % übersteigt. Im Gegensatz hierzu liegt jedoch der Anteil an Neuroleptikaverordnungen um mehr als 10 % unter dem Mittelwert. Wahrscheinlich werden Tranquilizer gegenüber den schwach potenten Neuroleptika mit Tranquilizerwirkung vorgezogen. Die Zahlen der Nicht-Privat-Stationen zeigen im allgemeinen keine Differenzen zu den in Kapitel 4 und 5 ermittelten Daten.

In der folgenden Tabelle (Tabelle 14) werden die Psychopharmakaverordnungen der drei Nicht-Privat-Stationen gemittelt, um die Werte dann den Ergebnissen der Privatstation gegenüberzustellen. Der besseren Übersicht wegen werden nur die Prozentzahlen aufgeführt:

Station	Pat.mit PPV	T	A	N	H	C	S
Nicht-Privat-Stationen	60,0 %	31,8 %	3,8 %	44,7 %	1,3 %	2,4 %	16,0 %
Privatstation	71,7 %	44,0 %	5,0 %	28,4 %	0,6 %	4,3 %	17,7 %

Tabelle 14: Vergleich Nicht-Privat-Stationen mit Privatstation nach Patienten mit Psychopharmakaverordnungen und nach Stoffklassen.

Insgesamt finden wir bei den Privatpatienten eine um mehr als 10 % höher liegende Verordnungsquote. Die gemittelten Werte nach Stoffklassen der drei Nicht-Privat-Stationen stimmen in etwa mit der Gesamtverteilung (s. Tabelle 1) überein. Die Abweichung bei den Tranquilizer- und Neuroleptikaverordnungen der Privatpatienten haben wir bereits oben diskutiert.

7. Verteilung nach Behandlungsdauer

Für die Behandlungsdauer wurden drei Klassifizierungen vorgenommen, wobei in der mittleren (8 - 28 Tage) mit über 50 % der höchste Anteil zu verzeichnen ist (Tabelle 15). Betrachtet man die Anzahl der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen, so liegt die Gruppe mit einer Behandlungsdauer von mehr als 29 Tagen mit rund 75 % an der Spitze. Ungefähr ein Viertel geringer (49,6 %) ist der Anteil bei denjenigen mit einer Aufenthaltsdauer von ein bis sieben Tagen. Dieses zeigt sich auch bei der Berechnung der Verordnungen pro Patient.

Behandlungsdauer in Tagen		n	Pat.mit PPV	Gesamt- PPV	PPV pro Pat.
1 - 7	abs. %	276	137 49,6	196	1,4
8 - 28	abs. %	554	348 62,8	558	1,6
> 29	abs. %	173	130 75,1	239	1,8
Gesamt	abs. %	1003	615 61,3	993	

Tabelle 15: Verteilung der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen und der Gesamtpsychopharmakaverordnungen nach Behandlungsdauer

Die Verteilung auf die einzelnen Psychopharmakagruppen spiegelt die folgende
Tabelle (Tabelle 16) wieder:

Behandlungsdauer in Tagen		Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
1 - 7	abs. %	196	78 39,8	2 1,0	78 39,8	4 2,0	9 4,6	25 12,8
8 - 28	abs. %	558	188 33,7	27 4,8	224 40,1	7 1,3	15 2,7	97 17,4
≥ 29	abs. %	239	76 31,8	8 3,4	88 36,8	1 0,4	4 1,7	62 25,9
Gesamt	abs. %	993	342 34,5	37 3,7	390 39,3	12 1,2	28 2,8	184 18,5

Tabelle 16: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zur
Behandlungsdauer

Nennenswerte Differenzen zwischen den einzelnen Klassifizierungen der Behandlungsdauer sind innerhalb der verschiedenen Psychopharmakagruppierungen mit Ausnahme der Rubrik "Sonstige" nicht festzustellen. Dabei werden bei Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 29 Tagen um die Hälfte mehr Mischpräparate verordnet als bei denen mit der kürzesten Behandlungszeit.

Bei der Aufschlüsselung nach der Anzahl der Verordnungen pro Patient (Tabelle 17) findet sich parallel mit zunehmender Aufenthaltsdauer eine Zunahme der Verordnungen. Ein Beispiel aus der Tabelle soll dieses verdeutlichen:

Bei 1 - 7 Tagen Dauer bekommen 24,1 % zwei Präparate, bei einer von mehr als 29 Tagen hingegen 38,5 %.

Behandlungsdauer in Tagen		Pat.mit PPV	Anzahl der Verordnungen				
			1	2	3	4	5
1 - 7	abs. %	137	92 67,1	33 24,1	10 7,3	2 1,5	-
8 - 28	abs. %	348	197 56,6	110 31,6	28 8,0	9 2,6	4 1,2
≥ 29	abs. %	130	54 41,5	50 38,5	20 15,4	5 3,8	1 0,8
Gesamt:	abs. %	615	343 55,8	193 31,4	58 9,4	16 2,6	5 0,9

Tabelle 17: Anzahl der Psychopharmaka in Bezug zur Behandlungsdauer

Sicherlich ist zu erwarten, daß bei Langzeitpatienten die Verordnungsquote an Psychopharmaka höher liegt. Ein Grund hierfür dürfte der Hospitalisierungseffekt sein. In dem hohen Anteil an Mischpräparaten spiegelt sich der vermehrte Bedarf an Schlafmitteln wieder.

Interessant ist, daß die Quote der Antidepressiva mit der Länge der Behandlungsdauer nicht ansteigt. So kann doch nach BENGESSER (3) bei zum Beispiel chronischen Schmerzzuständen, wie man sie sehr häufig bei den Langzeitpatienten findet, mit Antidepressiva eine "Besserung des psychischen Gesamtzustandes" und in Kombination mit Neuroleptika eine Linderung der Schmerzen erzielt werden.

8. Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius

Von den 1003 Patienten wird bei insgesamt 12 Fällen ein psychiatrischer Konsiliarius hinzugezogen. Davon werden 9 mit 16 Psychopharmakaverordnungen behandelt, die sich auf 6 Tranquilizer-, 7 Neuroleptika- und 3 Clomethiazolpräparate konzentrieren.

Diese geringe Anzahl von Patienten ist sicherlich auf die Tatsache zurückzuführen, daß unmittelbar am Ort kein Psychiater zur Verfügung steht.

9. Intoxikationen mit Psychopharmaka

Bei 30 (3,0 %) Patienten von 1003 Fällen kann aus dem Arztbrief eine Intoxikation mit Psychopharmaka festgestellt werden. 40 % (= 12 Patienten) davon, im Vergleich zu rund 60 % der anderen Patienten, wurden nach der Einlieferung in das Krankenhaus mit Psychopharmaka behandelt. Die Verteilung der Psychopharmakaverordnungen gibt folgende Tabelle wieder:

Pat.mit PPV	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
12	23	5	4	12	-	1	1

Tabelle 18: Psychopharmakaverordnungen bei Intoxikationen mit Psychopharmaka

Dabei zeigt sich, daß auf einen Patienten fast 2 Präparate kommen, im Mittel hingegen 1,6 Verordnungen pro Fall. Auch die Ordination von einem Neuroleptikum für jeden Patienten ist auffällig.

Die Behandlung der Intoxikation erfolgt nach HAASE (15) entsprechend folgender Prinzipien: "1. Elementarhilfe (Basistherapie), 2. Gift-elimination, 3. Giftneutralisation (Antidot)" Dabei kommen Psychopharmaka nicht zum Einsatz.

Bei suicidalen Absicht jedoch, wie in den allermeisten Fällen, ist nach BENKERT und HIPPIUS (4) der Einsatz von Psychopharmaka eine zusätzliche therapeutische Möglichkeit, um den Patienten für das ärztliche Gespräch zugänglich zu machen.

Die gleichen Autoren weisen jedoch auch darauf hin, daß sich eine pathologische Toleranz entwickeln kann, die Mißbrauch und chemische Intoxikationssyndrome zur Folge haben kann.

10. Abhängigkeit

Aus der Anamnese und aus dem Arztbrief ist bei 39 (3,9 %) Patienten eine Abhängigkeit festzustellen. Von diesen werden 31 mit Psychopharmaka behandelt. Die Differenzierung nach Art der Abhängigkeit - Alkohol, Hypnotika, Tranquilizer, Opiate oder Sonstige - ist nicht aufschlußreich, da der Alkohol mit insgesamt 33 Fällen den größten Anteil ausmacht. Daher ist in der Auswertung die Verteilung der einzelnen Psychopharmakaklassen auf diese Patientengruppe beschränkt (Tabelle 19). Auf die Angabe der Prozentzahlen wird wegen der geringen Anzahl der Fälle verzichtet.

26 der 33 alkoholabhängigen Patienten wurden mit Psychopharmaka behandelt. Erwartungsgemäß liegt die Quote der Clomethiazolverordnungen mit 13 hoch, aber auch die der Tranquilizer (14 Verordnungen) erfaßt mehr als die Hälfte der behandelten Patienten.

Abhängigkeit

	n	Pat.mit PPV	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
Alkohol	33	26	43	14	1	7	1	13	7

Tabelle 19: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zur

Abhängigkeit

Die Behandlung von alkoholabhängigen Patienten in dem von mir untersuchten Krankenhaus wird zur Vermeidung eines Delirs bevorzugt in der Kombination Clomethiazol + Tranquilizer durchgeführt, was die hohe Tranquilizerrate erklären könnte.

Die Zurückhaltung bei der Verordnung von Antidepressiva stimmt mit der Meinung von HENNING (16) überein, der Antidepressiva bei Alkoholikern nicht empfehlen kann.

11. Internistische Hauptdiagnosen

Internistische Diagnosen	n	Pat.mit PPV	Gesamt-PPV	PPV pro Pat.
Herz/Kreislauf	abs. 217 %	150 69,1	234	1,6
Atmungsorgane	abs. 116 %	80 70,0	134	1,7
Niere, Harnwege, Genitale	abs. 27 %	15 55,6	25	1,7
Magen/Darm	abs. 140 %	86 61,9	137	1,6
Ernährungs-, Stoffwechselkrankht.	abs. 44 %	18 40,9	28	1,6
Endokrines System	abs. 5 %	2 40 %	2	1,0
Blut, lymphat. System	abs. 20 %	11 55,0	16	1,5
Allergisches-Immunolog. System	abs. 16 %	5 31,3	10	2,0
Bewegungsapparat	abs. 12 %	8	10	1,3
Leber/Pankreas	abs. 56 %	34 60,7	53	1,6
Galle	abs. 44 %	15 34,1	21	1,4
Sonstige	abs. 72 %	44 61,1	65	1,5
Unbekannt	abs. 8 %	3 37,5	4	1,3
Gesamt	abs. 777 %	471 60,6	739	

Tabelle 20: Verteilung der Patienten mit Psycho-pharmakaverordnung nach internistischen Diagnosen

Untersucht man die Zusammenhänge zwischen internistischen Diagnosen und Psychopharmakaverordnungen, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 20):

Von den 1003 Patienten weisen 777 eine internistische Diagnose auf, das heißt, daß sich knapp ein Viertel mit einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Diagnose auf einer internen Abteilung stationär aufhalten. Davon werden gut 60 % mit Psychopharmaka behandelt, was dem Ergebnis der Tabelle 1 entspricht. Davon haben den höchsten Anteil diejenigen, die an Herz und Kreislauf erkrankt sind, gefolgt von Magen-Darm-Diagnosen und von Erkrankungen der Atmungsorgane. Insgesamt 72 (7,2 %) Diagnosen lassen sich in die Auflistung der internistischen Diagnosen nicht einreihen. Sie werden unter der Rubrik "Sonstige" aufgeführt, wobei es sich in 22 Fällen um Infekte und in 30 Fällen um Diagnosen aus dem Gebiet der Neurologie, zum Beispiel Epilepsie, Ischialgie oder Commotio cerebri, handelt.

Der Anteil der mit Psychopharmaka behandelten Patienten liegt bei denjenigen, die an Herz oder Kreislauf und an den Atmungsorganen erkrankt sind mit rund 70 % am höchsten.

Ungefähr 10 % niedriger liegt die Verordnungsquote bei Erkrankungen von Magen/Darm und Leber/Pankreas. Auch bei den unter "Sonstige" fallenden Patienten werden gut 60 % mit Psychopharmaka behandelt. Dieses ist sicherlich auch auf den hohen Anteil von neurologischen Diagnosen zurückzuführen.

Mit einem Anteil von knapp 40 % liegen die Tranquilizerverordnungen bei den Herz- oder Kreislaufpatienten an der Spitze (Tabelle 21), abgesehen von den unter "Sonstige" aufgeführten Fällen, die wegen der Vielfalt an verschiedenen Diagnosen nicht weiter differenziert werden sollen. Bei den an Magen/Darm Erkrankten werden rund 10 % (35,8 %) mehr Tranquilizer gegeben als bei den an Leber/Pankreas Erkrankten (26,4 %).

Die Gruppen der Antidepressiva weist keine wesentlichen Differenzen auf.

Bei den Neuroleptika haben unter Berücksichtigung der Diagnosen mit hohen Fallzahlen die Erkrankungen von Leber und Pankreas mit über 40 % an Verordnungen den höchsten Anteil. Interessanterweise liegt diese Quote um ca. 10 % höher als bei den Patienten mit einer Magen/Darm Diagnose, was sich genau umgekehrt verhält wie bei der Stoffklasse der Tranquilizer. Auch bei den Erkrankungen der Atmungsorgane finden wir einen sehr hohen Anteil von knapp 40 % an Neuroleptika.

Die Mischpräparate, die sich ja zu zwei Drittel aus Schlafmitteln zusammensetzen und unter der Rubrik "Sonstige" aufgeführt sind, ergeben bei der Verordnung keine auffällige Bevorzugung einer bestimmten Diagnose.

Internistische
Diagnose

Internistische Diagnose	Gesamt- PPV							
		T	A	N	H	C	S	
Herz/Kreislauf	234	93 39,7	7 3,0	83 35,5	-	1 0,4	50 21,4	
Atmungsorgane	134	43 32,1	5 3,7	59 39,6	2 1,5	1 0,7	30 22,4	
Niere, Harnwege Genitale	25	7 28,0	-	11 44,0	-	-	7 28,0	
Magen/Darm	137	49 35,8	5 3,7	44 32,1	1 0,7	2 1,4	36 26,3	
Ernährungs-Stoff- wechselerkrankht.	28	9 32,1	-	16 57,1	-	1 3,6	2 7,2	
Endokrines System	2	1 50,0	-	-	1 50,0	-	-	
Blut, Lymphat. System	16	3 18,8	-	10 62,4	-	-	3 18,8	
Allergisches-, immunolog. System	10	2 20,0	-	5 50,0	-	-	3 30,0	
Bewegungs- apparat	10	2 20,0	-	5 50,0	-	-	3 30,0	
Leber, Pankreas	53	14 26,4	-	23 43,4	-	6 11,3	10 18,9	
Galle	21	7 33,3	1 4,8	10 47,6	-	-	3 14,3	
Zwischensumme	670	230 34,3	18 2,7	260 38,8	4 0,6	11 1,7	147 21,9	

Tabelle 21: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zur Internistischen
Diagnose

Internistische Diagnose		Gesamt-PPV	T	A	N	H	C	S
Zwischensumme	abs. %	670	230 34,3	18 2,7	260 38,8	4 0,6	11 1,7	147 21,9
Sonstige	abs. %	65	32 49,2	-	18 27,7	5 7,7	-	10 15,4
Unbekannt	abs.	4	2 50,0	1 25,0	1 25,0	-	-	-
Gesamt	abs. %	739	264 35,7	19 2,6	279 37,8	9 1,2	11 1,5	157 21,2

Tabelle 21: Fortsetzung

Die Anwendung von Psychopharmaka bei einer internistischen Diagnose ist häufig indiziert. So stellt LINKE (30) bereits 1964 fest, daß die Anwendung bei vielen somatischen Krankheitsbildern dann wertvoll ist, wenn ein erheblicher Bestandteil der Beschwerden funktionelle Störungen ausmachen. Allerdings weist ISSEL (22) auf die "Forderung einer klaren Indikationsstellung" hin, verbunden mit einer präzisen Auswahl des geeigneten Psychopharmakons, wobei die Dosierung, wegen der jeweiligen Reaktionslage des Patienten individuell erfolgen muß.

Somit ist eine hohe Verordnungsquote bei Herz-Kreislaufkrankungen sowie bei Erkrankungen der Atmungsorgane in unserer Untersuchung zu erwarten.

Zahlreiche Autoren (BREITHAUPT/FELLMANN (6) HAASE (15), LINKE (29), SCHMID (36)) weisen in ihren Arbeiten auf den Vorteil der zusätzlichen Therapie mit Psychopharmaka bei kardiovaskulären Erkrankungen hin. Die Möglichkeit, vor allem beim Herzinfarkt vegetative Störfaktoren, sowie Gemütsbewegungen zu unterdrücken, läßt den Krankheitsverlauf günstiger gestalten (LINKE (29)).

Von den einzelnen Stoffklassen empfehlen BREITHAUPT/FELLMANN (6) und SCHMID (36) Tranquilizer, LINKE (29) hingegen bevorzugt die Anwendung von Neuroleptika, wobei man jeweils die kleinste wirksame Dosis wählen soll. Daraus resultiert häufig eine "günstige Abwandlung des Infakterlebnisses" und seiner subjektiven Deutung".

Auch auf die vorbeugende Therapie bei der Coronarinsuffizienz mit Tranquilizern und Neuroleptika weist LINKE (29) hin. Die Reduzierung der Sympathicuswirkung und damit der seelischen Belastung, die sich ungünstig auf die Herz- und Kreislaufsituation auswirkt, steht dabei im Vordergrund. Dieses ließ sich nach Rücksprache mit den Ärzten der Abteilung bestätigen.

Bei den Erkrankungen der Atmungsorgane steht für die Behandlung mit Psychopharmaka die Diagnose "Asthma bronchiale" im Vordergrund. SCHMID (36) hebt den "Circulus vitiosus von gestörter Organfunktion und Angst und Spannung" hervor. Er empfiehlt, wie auch durch unsere Ergebnisse bestätigt, die Anwendung von Tranquilizern und Neuroleptika, da sie an den dem Atemzentrum übergeordneten Strukturen angreifen und damit den Patienten dämpfen.

Diagnosen, die die Organe Magen oder Darm betreffen, erfordern häufig die Verordnung von Psychopharmaka. Denn nach JONES und GUMMER (14) sind fast alle Leiden des Magen-Darm-Kanals mit depressiver Verstimmung gekoppelt. SCHMID (36) erwähnt in diesem Zusammenhang positive Erfahrungsberichte über die Verordnung von Tranquilizern oder anderen Stoffklassen, auch mit Spasmolytika kombiniert, beim Ulcus und anderen Erkrankungen am Magen und Darm. Die Autoren VIEDERMANN und RUSK (35) weisen ebenfalls auf den Gebrauch von Tranquilizern vor allem bei der Behandlung von peptischen Ulcera und des Colon irritabile hin, wobei die Angst oft eine auslösende Rolle spielt.

Ergänzend muß hier darauf hingewiesen werden, daß im folgenden Kapitel die wichtigsten psychosomatischen Diagnosen wie koronare Herzkrankheit, Ulcus pepticum usw. gesondert nach Verordnungshäufigkeit und nach Stoffklassen untersucht werden.

Die Erfassung derjenigen Patienten, die an einem malignen Tumor erkrankt sind, ergibt bei der Aufschlüsselung der Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen einen besonders hohen Anteil

an Neuroleptika, der bei über 50 % liegt.

Die Gruppe der Tranquilizer macht ein Viertel aller Verordnungen bei diesen Patienten aus.

Die bevorzugte Behandlung von Schmerzen, wie sie bei einem Karzinom auftreten, mit Neuroleptika finden wir in der Literatur bestätigt. LINKE (28) begründet den Einsatz dieser Stoffklassen damit, daß der circulus vitiosus zwischen dem Schmerz, der vegetativen Erregbarkeit und der folgenden psychischen Reaktionsweise durchbrochen wird. Dieses kommt einer "Entpersönlichung" des Schmerzes gleich. Er sieht schon in der Monotherapie mit Phentiazindervaten eine "erfreuliche Schmerzlinierung". Dieser Effekt ist auf die Angriffspunkte an den Stammhirnzentren zurückzuführen. KOCHER (24) berichtet über positive Erfahrungen in der Kombination von Neuroleptika und Antidepressiva. Er sieht dabei die Vorteile der Analgetika-Potenzierung mit der daraus folgenden Analgetikaeinsparung. Außerdem genügen geringere Dosen der einzelnen Stoffklassen, wodurch dann die Nebenwirkungen vermieden werden können. PAYK (32) hebt die zusätzliche periphere Analgesie der Antidepressiva hervor, infolge ihrer gegen Histamin, Serotonin und Acetylcholin gerichteten Wirkung.

12. Ausgewählte psychiatrische und psychosomatische Diagnosen

Bei der Durchsicht der Krankengeschichten wird neben der internistischen Diagnose auch eine eventuelle psychiatrische oder psychosomatische Diagnose berücksichtigt, wobei es gleichgültig ist, ob es sich um eine Haupt- oder Nebendiagnose handelt.

Psychiatrische/ psychosomatische Diagnose		n	Pat.mit PPV	Gesamt- PPV
Ja	abs. %	515	358 69,5	586
nein	abs. %	488	257 52,7	407
Gesamt	abs. %	1003	615 61,3	993

Tabelle 22: Verteilung der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen mit und ohne einer psychiatrischen/psychosomatischen Diagnose.

Mehr als die Hälfte aller Patienten (Tabelle 22) hat eine oder mehrere psychiatrische oder psychosomatische Diagnosen, gegenüber denjenigen, die nur eine internistische Diagnose vorzuweisen haben, liegt die Verordnungsquote von Psychopharmaka um mehr als 15 % höher. Ergänzend soll nicht unerwähnt bleiben, daß nach dieser Tabelle 488 Patienten keine psychiatrische oder psychosomatische Diagnose vorzuweisen haben. Vermindert man die Zahl der internistischen Diagnosen um eben diese Quote, so muß man feststellen, daß bei fast 30 % aller Patienten neben der internistischen noch eine psychiatrische/psychosomatisch Diagnose vorzufinden ist. Andererseits finden wir bei insgesamt 226 Patienten, die sich auf der internistischen Abteilung stationär aufhalten, "nur" eine psychiatrische bzw. psychosomatische Diagnose. Diese dürfte auch auf die weitgefaßten Schlüssel vor allem der psychosomatischen Störungen zurückzuführen sein.

Die Verteilung der Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen gibt die folgende Tabelle wieder (Tabelle 23):

Psychiatrische/
Psychosomatische
Diagnose

	n	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
ja	abs. %	515 586	199 34,0	29 4,9	226 38,6	3 0,5	27 4,6	102 17,4
Nein	abs. %	488 407	143 35,1	8 2,0	164 40,3	9 2,2	1 0,3	82 20,1
Gesamt	abs. %	1003 993	342 34,5	37 3,7	390 39,3	12 1,2	28 2,8	184 18,5

Tabelle 23: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen bei Patienten mit und ohne
einer psychiatrischen/psychosomatischen Diagnose

Die Aufschlüsselung der 1003 Krankengeschichten nach psychiatrischen Diagnosen (Tabelle 24) ergibt zunächst einmal, daß bei 30 % aller Patienten eine derartige Diagnose zu finden ist. Von diesen wurden rund 70 % mit Psychopharmaka behandelt, im Gegensatz zu denjenigen, die eine reine interne Diagnose haben, mit gut 50 %. Dabei werden Patienten mit einer Depression in ca. 90 % der Fälle und diejenigen mit Alkoholabusus in gut 80 % mit Psychopharmaka behandelt. Interessant ist die relativ hohe Quote an Psychopharmakaverordnungen von über 40 % bei den Tablettenintoxikationen (s. dazu auch Kapitel 9). Bei einem hirnrorganischen Psychosyndrom bzw. einer Cerebralsklerose beträgt die Quote der mit Psychopharmaka behandelten Patienten mehr als die Hälfte. Bei der Depression kommen auf einen Patienten 2,3 Psychopharmakaverordnungen, im Mittel hingegen nur 1,6. Dabei ist es erstaunlich, daß keine eindeutige Differenz bei Patienten mit oder ohne einer psychiatrischen/psychosomatischen Diagnose in der Psychopharmakaverordnung festzustellen ist. Nur der wesentliche Teil der Stoffklassen der Clomethiazole ist an eine derartige Diagnose gekoppelt.

Psychiatrische Diagnose	n	Pat.mit PPV	Gesamt- PPV	PPV pro Pat.
Tabletten- intoxikation	abs. 40	17 42,5	29	1,7
Alkohol- intoxikation	abs. 24	10 41,7	15	1,5
Alkohol- abusus	abs. 48	39 81,3	70	1,8
Hirnorgan.-u.abs. Psychosyndrom (Cerebral- sklerose)	abs. 77	44 57,1	79	1,8
Depression	abs. 34	31 91,2	71	2,3
Sonstige Psychosen	abs. 10	9 90,0	12	1,3
Psychovegetatives Syndrom	abs. 75	64 85,3	111	1,7
Gesamt	abs. 308	214 69,5	387	

Tabelle 24: Verteilung der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen
nach psychiatrischen Diagnosen

Die meisten Tranquilizer werden mit knapp 40 % beim "Psychovegetativen Syndrom" verordnet, (Tabelle 25), danach folgen mit rund 30 % die Patienten mit "Alkoholintoxikation bzw. -abusus".

Bei den Antidepressiva ist auffällig, daß sie selbst bei der Diagnose "Depression" keinen übermäßig hohen Einsatz finden. Im Gegenteil, fast die Hälfte der depressiven Patienten erhält Neuroleptika, wobei die in der Fachliteratur (4) beschriebene thymoleptische Wirkung der Thioridazin-Präparate bei niedriger Dosierung eine Rolle spielen dürfte.

Hoch ist auch die Neuroleptikaquote beim "Hirnorganischen Psychosyndrom/Cerebralsklerosen" mit fast 50 %. Erwartungsgemäß ist bei "Alkoholabusus" der Clomethiazolverbrauch am größten, eben wegen der spezifischen Indikation.

Die Mischpräparate weisen keine wesentlichen Schwankungen auf. Mit knapp 20 % liegen die Patienten mit "Hirnorganischem Psychosyndrom und Cerebralsklerose" an der Spitze. Hier bestätigt sich sicherlich wieder der vermehrte Bedarf an Schlafmitteln, die ja den größten Teil der Mischpräparate ausmachen.

Psychiatrische Diagnose	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
Tabletten- abs. intoxikation %	29	6 20,7	5 17,2	16 55,1	-	1 3,5	1 3,5
Alkohol- abs. toxikation %	15	5 33,3	-	5 33,3	-	3 20,0	2 13,3
Alkohol- abs. abusus %	70	22 31,4	1 1,4	12 17,1	1 1,4	21 30,0	13 18,6
Hirnorgan. abs. Psychosyndrom Cerebral- sklerose	79	23 29,1	2 2,5	38 48,1	1 1,3	-	15 19,0
Depression abs. %	71	13 18,3	13 18,3	33 46,5	-	3 4,2	9 12,7
Sonstige abs. Psychosen %	12	3 25,0	-	9 75,0	-	-	-
Psychovegetat. Syndrom abs. %	111	42 37,8	5 4,5	49 44,0	-	2 1,8	13 11,7
Gesamt abs. %	387	114 29,4	26 6,7	162 41,9	2 0,5	30 7,8	53 13,7

Tabelle 25: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zur psychiatrischen Diagnose

Bei der Bewertung der psychosomatischen Diagnosen finden nur diejenigen eine Berücksichtigung, die mehr als 1 % aller Diagnosen des Kollektives ausmachen. Somit ergeben sich insgesamt 235 psychosomatisch kranke Patienten, die zu mehr als zwei Drittel mit Psychopharmaka behandelt wurden (Tabelle 26).

Den höchsten Anteil haben diejenigen mit einer "koronaren Herzkrankheit". Sie haben auch zugleich die höchste Verordnungsquote an Psychopharmaka von über 80 %. Das "Asthma bronchiale" und das "Ulcus pepticum" machen in mehr als drei Viertel aller Fälle die Anwendung von Psychopharmaka notwendig. Dagegen werden von den 24 Patienten mit einer "Adipositas" weniger als die Hälfte (45,8 %) mit derartigen Medikamenten unterstützt.

Dividiert man bei den einzelnen Diagnosen die Anzahl der Patienten mit Psychopharmaka durch die Anzahl der jeweiligen Gesamt-Psychopharmaka-verordnungen, so kommen auf jeden Patienten mit "Asthma bronchiale" jeweils zwei Psychopharmaka. Bei den anderen liegt die Anzahl der Verordnungen bei dem in Kapitel 1 ermittelten Wert von 1,6 pro Patient.

Psychosomatische Diagnose	n	Pat. mit PPV	Gesamt- PPV	PPV pro Pat.
Endostatisches abs. Syndrom %	23	13 56,5	18	1,4
Koronare Herz- krankheit %	72	60 83,3	102	1,7
Asthma bron- chiale abs. %	19	15 79,0	30	2,0
Gastritis abs. %	37	26 70,3	43	1,7
Ulcus pepticum abs. %	25	19 76,0	30	1,6
% n. Magenresek- tion abs. %	12	7 58,3	10	1,4
Oberbauchbeschw. abs. unklarer Genese %	13	8 61,5	12	1,5
Adipositas abs. %	24	11 45,8	16	1,5
PcP, rheumatoide abs. Arthritis %	10	3 30,0	6	2,0
Gesamt abs. %	235	162 68,9	267	

Tabelle 26: Verteilung der Patienten mit psychopharmakaverordnungen nach psychosomatischen Diagnosen

Die Aufschlüsselung nach Stoffklassen (Tabelle 27) ergibt, daß fast die Hälfte aller Verordnungen bei der "koronaren Herzkrankheit" und bei der "Gastritis" auf die Gruppe der Tranquilizer entfällt. Dem niedrigen Anteil dieses Wirkstoffes beim "Asthma bronchiale" (23,3 %) steht eine hohe Quote von über 45 % an Neuroleptika gegenüber. Auch bei dem "Orthostatischen Syndrom" und der "Adipositas" haben die Neuroleptika den größten Anteil. Bei allen aufgeführten psychosomatischen Diagnosen finden wir keine einzige Hypnotikaverordnung. Die unter "Sonstige" aufgeführten Mischpräparate finden beim "Ulcus pepticum" eine gleich häufige Anwendung wie die Tranquilizer. Allerdings muß man hier wieder die geringe Anzahl der Fälle berücksichtigen. Bei der "koronaren Herzkrankheit" hingegen gibt es nur wenig Veränderungen von Mischpräparaten (17,6 %), da nach Rücksprache bevorzugt Tranquilizer gegeben wurden.

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise über die Behandlung des psychovegetativen Syndroms:

WIECK (42) weist auf die positive Wirkung der Tranquilizer hin, die selbst zwar keine pharmakologischen Eigenschaften auf das Vegetativum besitzen, jedoch durch indirekte Wirkung schädigende Reizkonstellationen nicht zum Zuge kommen lassen.

Psychosomatische Diagnose	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
Orthostatisches abs. Syndrom %	18	5 27,7	1 5,6	11 61,1	-	-	1 5,6
Koronare Herz- abs. krankheit %	102	47 46,1	2 2,0	35 34,3	-	-	18 17,6
Asthma bronch. abs. %	30	7 23,3	2 6,7	14 46,7	-	-	7 23,3
Gastritis abs.	43	20 46,5	3 7,0	7 16,3	-	-	13 30,2
Ulcus pepticum abs. %	30	12 40,0	-	5 16,7	-	1 3,3	12 40,0
Z.n.Magenresek- abs. tion %	10	4 40,0	1 10,0	2 20,0	-	-	3 30,0
Oberbauchbeschw.abs. unklarer Genese %	12	4 33,3	2 16,7	1 8,3	-	-	5 41,7
Adipositas abs. %	16	4 25,0	-	10 62,5	-	-	2 12,5
PeP, rheumatoide abs. Arthritis %	6	1 16,7	-	3 50,0	-	-	2 33,3
Gesamt abs.	267	104 38,9	11 4,1	88 33,0	-	1 0,4	63 23,6

Tabelle 2': Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen in Bezug zu psychosomatischen Diagnosen

Allerdings betont er, daß diese Behandlung meist nur die Bedeutung einer zusätzlich unterstützenden Maßnahme hat. Auch erscheinen dem Autor "zur Harmonisierung und Dämpfung des psychovegetativen und biotonischen Untergrundes" Präparate vom Typ des Bellerghals^R als geeignet.

Auch LINKE (30) sieht in der Bekämpfung vegetativer Fehlregulationen dieses Kombinationspräparat als bewährtes Mittel an.

Ebenfalls für den Einsatz von Tranquilizern bei vegetativ dystonen Patienten plädiert LEUTNER (38).

Die Anwendung von Neuroleptika bei der Diagnose "psychoaktives Syndrom", wie sie bei unserem Patientengut bevorzugt wird, befürworten FREYBERGER und LEUTNER (12). Sie ziehen die schwach potenten Präparate dieser Stoffklassen vor, da sie eine Wirkung zeigen, die denen der Tranquilizer ähnelt. Bei der Therapie der Depression finden sich nahezu gleiche Meinungen:

LINKE (30), FANN/RICHMANN/WHELESS (11), FADDEN (10) und BREITHAUPT/FEILMANN (6) plädieren für die Behandlung mit Antidepressiva, die in unserer Untersuchung nur knapp 20 % ausmachen. Das gilt sowohl für die endogene, als auch für die larvierte Depression.

Auch TÖLLE (39) sieht die Anwendung von Antidepressiva bei endogener, bei reaktiver und bei neurotischer Depression indiziert, vor allem aber, wenn Vitalsymptome festgestellt werden können. Er weist zugleich auf die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Hilfe hin.

DIEHL (9) macht darauf aufmerksam, daß der Einsatz von Neuroleptika bei diesem Krankheitsbild nur einen kleinen Prozentsatz, der therapieresistent ist, vorbehalten bleibt. Er empfiehlt dann die Anwendung von schwach potenten Präparaten. BREITHAUPT und FELLMANN (7) sehen allerdings in der Neuroleptikatherapie eine relative Kontraindikation.

Bei der Diagnose "Depression" in unserem Kollektiv beträgt der Anteil der Neuroleptika immerhin mehr als 45 Prozent. Da auf jeden Patienten 2,3 Verordnungen kommen (im Durchschnitt 1,6), liegt die Vermutung nahe, daß in den meisten Fällen eine Kombinationsbehandlung durchgeführt wird. DIEHL (9) sieht in einer Kombination von Neuroleptika und Antidepressiva, "Zweizügelbehandlung", eine bessere Beeinflussung der zircadianen Schwankung dieser Krankheit. BENKERT und HIPPIUS (4) empfehlen die Kombination von Tranquilizern und Antidepressiva bei der ängstlich-agitierten Depression.

Zur Therapie der Alkoholintoxikation sieht auch GOEBEL (38) den Vorteil der Stoffklasse der Tranquilizer.

Die hohe Neuroleptikaquote (48,1 %) bei Patienten mit Cerebralsklerose läßt sich sicherlich auf den verstärkten Einsatz von Butyrophenonen zurückführen, da sich diese Substanz wegen der geringen Wirkung auf den Kreislauf gut zur Dämpfung psychomotorischer Erregbarkeit bei alten Patienten eignet.

Die Behandlung der psychosomatischen Diagnosen mit Psychopharmaka ist bereits im Kapitel 11 besprochen. Die dort aus der Literatur entnommenen Empfehlungen bezüglich der Verordnung von Tranquilizern und Neuroleptika spiegeln sich hier bei den einzelnen psychosomatischen Störungen in der Tabelle 27 wieder.

13. Psychische, psychosomatische und psychiatrisch/psychosozial auffällige Merkmale

Ergibt die Anamnese, der Krankheitsverlauf anhand der Kurve oder der Arztbrief das Vorkommen eines psychisch, psychosomatisch oder psychiatrisch/psychosozial auffälligen Merkmals, so wird dieses anhand des Schlüssels (siehe Abbildung 4-6) in dem Erhebungsbogen festgehalten.

Psychisch, psychosomatisch od. psychiatrisch/psychosozial

auffällige Merkmale		n	Pat.mit PPV	Gesamt- PPV
Ja	abs. %	346	242 69,9	433
nein	abs. %	657	373 56,8	560
Gesamt	abs. %	1003	615 61,3	993

Tabelle 28: Verteilung der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen mit und ohne psychisch/psychosomatisch/psychiatrisch/psychosozial auffälligen Merkmalen

Zunächst zeigt uns die Tabelle 28, daß bei über einem Drittel aller Patienten ein oder auch mehrere psychisch, psychosomatisch oder psychiatrisch/psychosozial auffällige Merkmale festzustellen sind. Davon werden rund 70 % mit Psychopharmaka behandelt, das sind fast 15 % mehr als bei denjenigen, die keine derartige Merkmale aufzuweisen haben.

Bei einem Vergleich der Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen bei Patienten mit und ohne psychisch, psychosomatisch und psychiatrisch/psychosozial auffälligen Merkmalen (Tabelle 29) ist die Feststellung interessant, daß zwischen beiden Patientengruppen keine nennenswerten Differenzen auftreten.

Im Gegenteil, sogar diejenigen Patienten, die derartige Merkmale nicht erkennen lassen, bekommen geringfügig mehr Tranquilizer und auch mehr Mischpräparate, die unter "Sonstige" aufgeführt sind.

psychisch, psychosomatisch,
psychiatrisch, psychosozial
auffällige Merkmale

	n	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
ja	abs. %	433	141 32,6	27 6,2	170 39,3	2 0,5	21 4,8	72 16,6
nein	abs. %	560	201 35,9	10 1,8	220 39,3	10 1,8	7 1,2	112 20,0
Gesamt	abs. %	993	342 34,5	37 3,7	390 39,3	12 1,2	28 2,8	184 18,5

Tabelle 29: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen bei Patienten mit und ohne
psychisch/psychosomatisch/psychiatrisch/psychosozial auffälligen Merkmalen

Nach der Tabelle 30 gibt es insgesamt 181 Patienten mit psychisch auffälligen Merkmalen. Ein hoher Anteil von mehr als 80 % von diesen wird mit Psychopharmaka behandelt. Am häufigsten ist dabei die "Angst" vertreten, die in fast 92 % aller Fälle mit entsprechenden Pharmaka therapiert wird. Auch die Behandlung der Patienten mit einer "Depression" in der Anamnese erreicht einen ähnlich hohen Prozentsatz mit einer hohen mittleren Verordnung pro Patient von 2,2 die hingegen im Mittel aller 1003 Fälle bei 1,6 liegt. Das Merkmal "Unruhe" wird ebenfalls in 90 % behandelt, 10 % weniger der nervösen Patienten bekommen Psychopharmaka.

Psychisch auffällige Merkmale		n	Pat.mit PPV	Gesamt-PPV	PPV pro Pat.
Schlafstrg.	abs. %	15	13 86,7	23	1,8
Angst	abs. %	37	34 91,9	67	2,0
Depression	abs. %	28	26 92,9	57	2,2
Nervosität	abs. %	20	16 80,0	25	1,6
Unruhe	abs. %	21	19 90,5	37	1,9
Erregung	abs. %	5	4 80,0	6	1,5
Reizbarkeit	abs. %	-	-	-	-
Nervöse Erschöpfung	abs. %	12	10 83,3	16	1,6
Konzentrationsschwäche	abs. %	1	1 100	1	1,0
Suicidalität	abs. %	9	5 55,6	10	2,0
Aggressivität	abs. %	1	1 100	2	2,0
Uneinsichtig, Unkooperativ	abs. %	17	10 58,8	16	1,6
Einsichtig Kooperativ	abs. %	-	-	-	-
Sonstige	abs. %	15	8 53,3	13	1,6
Gesamt	abs. %	181	147 81,2	273	

Tabelle 30: Verteilung der Patienten mit Psychopharmaka-Verordnungen nach psychisch auffälligen Merkmalen

Welche Stoffklassen bei den einzelnen Merkmalen gegeben werden, gibt die Tabelle 31 wieder.

Insgesamt werden fast 10 % mehr Neuroleptika als Tranquilizer verschrieben. Dieses bestätigt sich besonders stark bei dem Merkmal "Depression", wo fast 50 % der Anteil der Neuroleptika beträgt, die Tranquilizerrate liegt rund 20 % darunter und die Antidepressiva haben nur die geringe Quote von 14 %. Bei dem Symptom "Angst" halten sich die Tranquilizer- und Neuroleptika-Verordnungen hingegen ungefähr die Waage. Die psychische Auffälligkeit "Unruhe" wird in 40 % mit Tranquilizern und in 27 % mit Neuroleptika behandelt. "Nervosität" wird in zwei Drittel aller Fälle mit Neuroleptika therapiert. Die restlichen Patienten bekommen ausnahmslos Tranquilizer. Die Behandlung der "Schlafstörungen" erfolgt in fast 50 % mit Neuroleptika. Hierbei spielt das Haloperidol, das nach unseren Ermittlungen bevorzugt als Schlafmittel bei älteren Patienten gegeben wird, eine entscheidende Rolle. Etwas mehr als ein Viertel machen dabei die Mischpräparate aus. Das unter diesen ein hoher Anteil an Schlafmitteln vorhanden ist, kommt schon im Kapitel 3 zum Ausdruck. Tranquilizer bei "Schlafstörungen" finden wir erstaunlicherweise in weniger als 20 %, also ein geringer Einsatz von Tranquilizern als Schlafmittel.

Tabelle 31: Psychopharmakaverordnungen nach Stoff-
klassen im Bezug zu psychisch auffälligen
Merkmalen

Psychisch auffällige Merkmale	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
Schlafstörungen abs. %	25	4 17,4	2 8,7	11 47,8	-	-	20,1
Angst abs. %	67	25 37,3	7 10,4	27 40,3	-	1 1,5	7 10,5
Depression abs. %	57	16 28,1	8 14,0	27 47,4	-	1 1,7	5 8,8
Nervosität abs. %	25	8 32,0	-	17 68,0	-	-	-
Unruhe abs. %	37	15 40,6	3 8,1	10 27,0	-	2 5,4	7 18,9
Erregung abs. %	6	1 16,7	-	2 33,3	-	-	3 50,0
Reizbarkeit abs. %	-	-	-	-	-	-	-
Nervöse Erschöpfung abs. %	16	7 43,7	-	8 50,0	-	-	1 6,3
Konzentrations- schwache abs. %	1	1 100	-	-	-	-	-
Suicidalität abs. %	10	4 40,0	2 20,0	3 30,0	-	-	1 10,0
Aggressivität abs. %	2	1 50,0	-	1 50,0	-	-	-
Uneinsichtig Unkooperativ abs. %	16	3 18,7	1 6,3	7 43,7	1 6,3	1 6,3	3 18,7
Einseitig Kooperativ abs. %	-	-	-	-	-	-	-
Sonstige abs. %	13	5 38,4	-	3 23,1	1 7,7	2 15,4	2 15,4
Gesamt abs. %	273	90 33,0	23 8,4	116 42,5	2 0,7	7 2,6	35 12,8

Im Gegensatz zu den psychisch auffälligen Merkmalen werden bei den psychiatrisch und psychosozialen auffälligen Merkmalen fast 10 % weniger Psychopharmaka verordnet (Tabelle 32). Dabei werden die Patienten mit "funktionellen Beschwerden" in der Anamnese zu knapp 90 % mit Psychopharmaka behandelt, diejenigen mit den häufiger auftretenden Merkmalen wie "cerebralsklerotische Symptomatik" und "Alkoholanamnese" in rund 70 %. Relativ gering ist hingegen in etwas mehr als die Hälfte aller Fälle derartige Hilfe bei den "privaten familiären Schwierigkeiten".

Die Behandlung der psychiatrisch und psychosozial auffälligen Merkmalen ergibt im Gegensatz zu der der psychischen Merkmale annähernd gleiche Werte für Tranquilizer und Neuroleptika (Tabelle 33). Patienten mit einer "Alkoholanamnese" weisen knapp 30 % Tranquilizer- und Clomethiazol-Verordnungen auf. Bei der "cerebralsklerotischen Symptomatik" liegt der Neuroleptikaanteil um fast 20 % höher als der der Tranquilizer. Auch die "funktionellen Beschwerden" werden überwiegend mit Neuroleptika behandelt (47,2 %). Das Gleiche gilt für die Therapie der "privaten familiären Schwierigkeiten" (45,7 %).

Psychiatrisch psychosozial auffällige Merkmale	n	Pat.mit PPV	Gesamt- PPV	PPV pro Pat.
Funktionel- abs. le Beschwer- % den	26	23 88,5	36	1,6
Psych.Über- abs. lagerung %	2	2 100	3	1,5
Cerebral- abs. skler.Sympt. %	37	26 70,3	47	1,8
Alkohol- abs. anamnese %	37	27 73,0	54	2,0
Nikotin- abs. abusus %	4	2 50,0	3	1,5
Sonst. abs. Suchtkrh. %	3	2 66,6	2	1,0
LKH-Aufenth. abs. %	5	4 80,0	7	1,7
Suicidver- abs. suche %	4	3 75,0	6	2,0
Soz.Isola- abs. tion %	-	-	-	-
Asoz.Milieu abs. %	1	1 100	5	5,0
Priv.famil. abs. Schwierigk. %	41	24 58,5	46	1,9
Beruf. abs. Schwierigk. %	11	11 100	19	1,7
Sonstige abs. %	-	-	-	-
Gesamt abs. %	171	125 73,1	228	

Tabelle 32: Verteilung der Patienten mit Psychopharmaka-Verordnungen nach psychiatrisch/psychosozial auffälligen Merkmalen

psychiatrisch

psychosozial auffällige Merkmale	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
Funktionelle abs. Beschwerden %	36	14 38,9	-	17 47,2	-	-	5 13,9
Psychische Überlagerung abs. %	3	2 66,6	-	-	-	-	1 33,3
Cerebralkler. abs. Symptomatik %	47	13 27,7	1 2,1	22 46,8	1 2,1	1 2,1	9 19,2
Alkoholanam- abs. nese %	54	16 29,6	1 1,9	11 20,4	1 1,9	15 27,8	10 18,5
Nikotinabusus abs. %	3	1 33,3	1 33,3	1 33,3	-	-	-
Sonstige Sucht-abs. krankht. %	2	-	-	2 100	-	-	-
LKH-Aufenth. abs. %	7	4 57,1	-	2 28,6	-	1 14,3	-
Suicidver- abs. suche %	6	1 16,7	1 16,7	2 33,3	-	1 16,7	1 16,7
Soz. Isolation abs. %	-	-	-	-	-	-	-
Asoz. Milieu abs. %	5	2 40,0	-	1 20,0	-	1 20,0	1 20,0
Zwischensumme abs. %	163	53 32,4	4 2,5	58 35,6	2 1,2	19 11,7	27 16,6

Tabelle 32: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen im Bezug zu psychiatrisch/psychosozial auffälligen Merkmalen

psychiatrisch
psychosozial
auffällige
Merkmale

	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
Zwischensumme	abs. %	53 32,4	4 2,5	58 35,6	2 1,2	19 11,7	27 16,6
Priv.familiäre Schwierigkeiten	abs. %	15 32,6	4 8,7	21 45,6	-	1 2,2	5 10,9
Berufliche Schwierigkeiten	abs. %	10 52,6	1 5,3	3 15,8	-	1 5,3	4 21,0
Sonstige	abs. %	-	-	-	-	-	-
Gesamt	abs. %	78 34,2	9 3,9	82 36,0	2 0,9	21 9,2	36 15,8

Tabelle 33: Fortsetzung

abs. %	Psychosomatisch auffällige Merkmale	Gesamt- PPV	T	A	N	H	C	S
	194	256	83	16	104	1	4	48
			32,4	6,3	40,6	0,4	1,6	18,7

Tabelle 34: Psychopharmakaverordnungen nach Stoffklassen im Bezug zu psychosomatisch auffälligen Merkmalen

Die psychosomatisch auffälligen Merkmale werden in einer Gruppe zusammengefaßt. Insgesamt gibt es 194 Patienten, die diese Merkmale aufweisen. Von diesen werden 145 (74,7 %) mit Psychopharmaka behandelt. Die Aufteilung der insgesamt 250 gegebenen Verordnungen nach Stoffklassen zeigt die Tabelle 34.

Der Vergleich sowohl mit der Tabelle 31 als auch mit der Tabelle 33 gibt keinen Hinweis für einen Unterschied in der Behandlung psychosomatisch auffälliger Merkmale mit den einzelnen Stoffklassen der Psychopharmaka.

Zahlreiche dieser Merkmale kommen in Verbindung mit einer Diagnose der Kapitel 11 und 12 vor. Da sich die Ergebnisse der Psychopharmaka-Verordnungen hier dann nahezu wiederholen, (z.B. "psychovegetatives Syndrom - funktionelle Beschwerden") möchte ich auf das bereits Gesagte verweisen.

Die Therapie der "Schlafstörungen" wird in der Literatur häufig behandelt:

Die Psychiater BECKMANN und HIPPIUS (2) empfehlen bei funktionellen Schlafstörungen die Anwendung von Tranquilizern des Benzodiazepin-typs. Nach ihrer Meinung sollten Hypnotika nur

noch ausnahmsweise verordnet werden, um der Gefahr der Suchtentwicklung zu entgehen.

Auch HARTMANN (16) lehnt den Einsatz von Hypnotika ab. Er sieht in der erforderlichen Maßnahme die Behandlung der zugrundeliegenden Störung und nicht das Symptom "Schlaflosigkeit".

WIECK (41) empfiehlt den Einsatz von Neuroleptika und Antidepressiva, aber mit unbedingt zusätzlicher psychotherapeutischer Führung.

Die Wahl des Präparates liegt für GROSS (13) in der Anamnese: Einschlaf-, Durchschlafstörungen oder beides. So gibt er bei dem ersten Merkmal entspannende Benzodiazepine.

Auch KUSCHINSKY (26) ist der Meinung, daß, wenn schon auf Schlafmittel nicht verzichtet werden kann, die Benzodiazepine den Barbituraten vorgezogen werden sollen.

HENNING (18) hingegen sieht in der Anwendung von Tranquilizern bei Schlafstörungen die Gefahr der Abhängigkeit, "die oft nur außerordentlich schwer, mit Hilfe langdauernder Klinikaufenthalte wieder zu beseitigen ist".

In der Behandlung der "Angst" sieht PÖLDINGER (34) eine Indikation für Tranquilizer, Neuroleptika und auch Antidepressiva.

BREITHAUPT und FELLMANN (6) weisen auf Untersuchungen hin, die von einer günstigen Beeinflussung

der Angst durch Tranquilizer in 80 % der Fälle berichten.

FADDEN (10) mahnt allerdings, daß die Behandlung der Angst zwar das Symptom erleichtert, aber nichts an der Ursache ändert.

IV. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden Art und Umfang von Psychopharmakaverordnungen einer internistischen Abteilung eines Kleinstadtkrankenhauses untersucht.

Zur Ermittlung der Ergebnisse werden 1003 Krankengeschichten durchgearbeitet, die für die Untersuchung wichtigsten Daten in einem Erhebungsbogen eingetragen und dann auf Lochkarten übertragen. Die Auswertung erfolgt durch das Rechenzentrum der Universität Münster.

Im folgenden sollen die wichtigsten Resultate zusammenfassend dargestellt werden:

Etwas mehr als 60 % aller Patienten werden mit Psychopharmaka behandelt, wobei Tranquilizer und Neuroleptika im Vordergrund stehen.

Dreiviertel aller Verordnungen konzentrieren sich auf nur 5 Präparate (Valium^R, Haldol^R, Itridal^R, Decantan^R, Melleril^R).

Der Anteil der männlichen Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, lag um 10 % höher als der der weiblichen Patienten. Die Aufschlüsselung nach Stoffklassen ergibt für die erste Personen-Gruppe einen Neuroleptikaanteil von etwa 25 %, ganz im Gegensatz zu den Patientinnen, bei denen

diese Stoffklassen mehr als die Hälfte aller Verordnungen bestreitet.

Nach Altersklassen findet sich die höchste Quote an Patienten mit Psychopharmakaverordnungen in der Klasse der 31 - 40-jährigen. Fast dreiviertel der Patienten in diesem Alter erhalten Psychopharmaka, wobei die Tranquilizer dominieren.

Die Patienten, die älter als 70 Jahre sind, werden besonders häufig mit Neuroleptika behandelt.

Die Patienten der Privat-Station erhalten sehr viel häufiger Psychopharmaka (71,7 %), als die der anderen Stationen (60 %). Tranquilizer werden dabei bevorzugt gegeben.

Mit zunehmender Behandlungsdauer nimmt auch der Anteil der Patienten mit Psychopharmakaverordnungen zu.

Bei den Patienten mit internistischen Diagnosen erhalten diejenigen, die an Herz/Kreislauf oder Atmungsorganen erkrankt sind, mit rund 70 % in den meisten Fällen psychotrope Medikamente.

Danach folgen Patienten mit Magen-/Darmerkrankungen. Die Stoffklasse der Tranquilizer liegt erwartungsgemäß bei Herz- und Kreislaufkranken an der Spitze.

Die Behandlung einer malignen Erkrankung zeigt eine Bevorzugung von Neuroleptika, deren Anteil mehr als 50 % beträgt, wahrscheinlich wegen des bekannten Analgetika sparenden Effektes.

Bei den Patienten, bei denen eine psychiatrische oder psychosomatische Diagnose gestellt wurde, findet sich eine um 15 % höhere Verordnungsquote gegenüber den Patienten, bei denen ausschließlich eine internistische Diagnose gestellt wurde.

Dabei wird das psychovegetative Syndrom am häufigsten mit Tranquilizern behandelt, die Depressionstherapie zeigt fast in der Hälfte aller Verordnungen Neuroleptika und nur in knapp 20 % Antidepressivaverordnungen.

Bei den psychosomatischen Diagnosen zeigen die koronare Herzkrankheit mit über 80 %, das Asthma bronchiale und das Ulcus pepticum mit mehr als 75 % die höchsten Behandlungsquoten.

Rund ein Drittel aller Patienten weist psychische, psychosomatische, psychiatrische oder psychosoziale auffällige Merkmale auf, wovon gut 70 % mit Psychopharmaka therapiert werden. Die Aufschlüsselung nach Stoffklassen ergibt erstaunlicherweise keinen Unterschied zu den Patienten, die kein derartiges Merkmal aufweisen.

Die Symptome Angst, Unruhe und Depression ergeben eine Verordnungsquote, die bei über 90 % liegt. Schlafstörungen zeigen in der Therapie einen hohen Neuroleptikaanteil von fast 50 %.

Für die einzelnen Psychopharmaka erscheinen folgende Verordnungsmuster:

Tranquilizer werden bevorzugt jungen Patienten, männlichen Patienten, Herz-Kreislauf-Kranken und Alkoholikern in Kombination mit Clomethiazol zur Praedelir- und Delirbehandlung verordnet.

Die Antidepressiva machen einen verschwindend geringen Anteil aus und werden bei der spezifischen Indikation Depression nur sehr begrenzt verordnet.

Neuroleptika werden einerseits in niedrigen Dosen als Tranquilizer, andererseits als sogenannte schwachpotente Neuroleptika wie Thioridazin bei der Depression als zusätzliches Neurothymoleptikum und als stark potente Neuroleptika (Z.B. Haloperidol) bei älteren weiblichen Patienten zur Dämpfung der vor allem nächtlichen psychomotorischen Unruhe gegeben.

Die unter Sonstige geführten Mischpräparate, überwiegend Schlafmittel, weisen bei den einzelnen Verordnungsmustern keine wesentlichen Differenzen auf. Hierbei steht als Schlafmittel die Kombination des Barbiturates Cyclobarbital mit Prothipendyl im Vordergrund.

V. Literaturverzeichnis

=====

1. Beckmann, D. Zur Scheinkorrelation
Brähler, E. zwischen neurotischen
Braun, P. Körperbeschwerden und
 sozialer Schichtzuge-
 hörigkeit. Psyche 251 (1977)

2. Beckmann, H. Gebrauch und Mißbrauch
Hippius, H. von Schlafmitteln in der
 Sicht des Psychiaters.
 Internist 17, 245 - 252
 (1976)

3. Bengesser, G. Psychopharmakatherapie des
 Todkranken und des unheil-
 bar - Kranken. Therapie-
 woche 27, 2775 - 2776 (1977)

4. Benkert, O. Psychiatrische Pharmako-
Hippius, H. therapie. 2. Auflage,
 Springer Berlin-Heidelberg-
 New York (1976)

5. Bräutigam, W. Psychosomatische Medizin.
Christian, P. 2. Auflage, Thieme, Stutt-
 gart (1975)

6. Breithaupt, H. Behandlung mit Psychopharmaka
Fellmann, A. (I). Med.Welt 34, 1301 - 1305
 (1978)

7. Breithaupt, H. Behandlung mit Psychopharmaka
Fellmann, H. (II). Med.Welt 38, 1471 - 1474
 (1978)

8. Crisp, A. H.
Priest, R. G. Nature of complaint in relation to social class. Recent Research in Psychosomatics, Basel (1970)
9. Diehl, L.W. Psychopharmakotherapie larvierter depressiver Zustandsbilder in der internistischen Praxis. Internist 15, 248-253 (1974)
10. Mc. Fadden, I.J. Use and misuse of psychotropic drugs. A current perspective. Journal of South Carolina Medical Association No. 74, 281-288, Alabama (1978)
11. Faun, W.
Richmann, B.
Wheless, J. Treating the aged with psychotropic drugs. Gerontologist No. 16, 322-328, St. Louis (1976)
12. Freyberger, H.
Leutner, V. Pharmakotherapie bei Psychovegetativen Störungen. Med. Welt 25, 313 - 316 (1974)
13. Gross, R. Schlafmittel in der Inneren Klinik und Praxis: Eine Einführung. Internist 17, 229-231 (1976)
14. Gummer, J.
Jones, H. Clinical gastroenterology. Blackwell, Oxford (1960)
15. Haase, H.J. Therapie mit Psychopharmaka. 4. Auflage, Schattauer, Stuttgart (1977)

16. Hartmann, E. Arzneimittel gegen Schlaf-
losigkeit. Internist 19,
552-556, (1978)
17. Hebenstreit, G. Psychopharmaka in der Allge-
meinpraxis. Wiener Med.Wschr.
18, 561-564 (1977)
18. Henning, H. Einfache Psychopharmakothera-
pie in der Praxis. Zschr. f.
Allgemeinmedizin 29, 1508-1510
(1976)
19. Herxheimer, A. The use of psychotropic drugs:
the clinical pharmacologist's
view. British journal of cli-
nical pharmacology 3, 102-103
(1976)
20. Hollmann, M. Verordnungsmuster in einem
Krankenhaus. Klinikarzt 4,
353-360, (1978)
21. Hollmann, M. Verordnungsmuster in einem
Krankenhaus, Teil II.
Klinikarzt 5, 441-446 (1978)
22. Issel, W. Psychopharmaka in der Inneren
Medizin. Fortschritte der
Medizin 1, 21-24 (1977)
23. Kerekjarto, M.v.
Meyer, A.E.
Zerssen, D. HHM-Beschwerdeliste bei Patien-
ten der internistischen Ambu-
lanz. Zeitschrift f. Psychosomat.
Med. und Psychoanalyse 18,
(1972)
24. Kocher, R. Die Behandlung chronischer
Kreuzschmerzen m t Psychophar-
maka. Münch. med. chr. 39,
1241-1244 (1977)

25. Krauß, B. Zur Interpretation u. Wertung somatischer Beschwerden älteren Menschen. Internist 15, 254-257 (1974)
26. Kuschinsky, G. Pharmakologie der Schlafmittel. Internist 17, 239-244 (1976)
27. Linke, H. Probleme der Psychopharmakotherapie in der Inneren Medizin u. i. d. ärztlichen Praxis, unter besonderer Berücksichtigung der Tranquilizer. Zschr.f.Allgemeinmedizin 51, 426-435, (1975)
28. Linke, H. Psychopharmaka und Schmerzgeschehen. Therapiewoche 34, 1033-1045, (1966)
29. Linke, H. Therapie mit Psychopharmaka bei Herz- und Kreislaufkrankheiten. Hippokrates, 392-401 (1966)
30. Linke, H. Psychopharmaka in der Inneren Medizin und Allgemeinpraxis. Therapiewoche 16, 738-745 (1964)
31. Mitscherlich, A. Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin I Suhrkamp, Frankfurt (1971)
32. Payk, Th.R. Schmerzbehandlung mit Psychopharmaka. Med. Welt 27, 1039-1041 (1979)
33. Piper, W. Innere Medizin. Springer, Berlin-Heidelberg (1974)

34. Pöldinger, W. Kompendium der Psychopharmakotherapie. 3. Auflage, Editiones Roche (1975)
35. Rusk, G.H. Appropriate use of psychotropic drugs in physical illness. Viedermann, M. Primary Care 4, 601-616 New York (1977)
36. Schmid, E. Die Anwendung der Psychopharmaka i.d. Inneren Medizin. Internist 8, 322-328 (1967)
37. Schulte, W. Psychiatrie. 3. Auflage, Springer, Berlin-Heidelberg-New York Tölle, R. (1975)
38. Symposion Notwendiges, Nützliches, Überflüssiges. Zschr. f. Allgemeinmedizin 54, 1413-1419 (1978) April 1978
39. Tölle, R. Die ambulante Behandlung depressiver Patienten. Dtsch.Ärzteblatt 37, 2049-2052 (1978)
40. Weber E. Arzneimittelnebenwirkungen in Abhängigkeit von dem Verordnungsmuster. 83. Tagung der Dtsch.Gesellschaft f. Innere Medizin, Wiesbaden, 1502-1515 (1977)
41. Wieck, H.H. Langzeittherapie neuropsychiatrischer Erkrankungen. Straube, Erlangen (1978)
42. Wieck, H.H. Psychopharmaka in der Hand des Allgemeinarztes. Schattauer, Stuttgart-New York (1976)

Herrn Professor Dr. R. Tölle danke ich für die Bereitstellung des Themas.

Herrn Dr. A. Crome habe ich für die hilfreiche Unterstützung und Anregungen, die das Zustandekommen dieser Arbeit ermöglichten, zu danken.

Herrn Dr. Neuhaus möchte ich danken für die freundliche Überlassung der Patientendaten.

Herrn Dr. Heinecke, Institut für Biomathematik der Universität Münster, danke ich für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Lebenslauf

Am 17.1.1950 wurde ich als Sohn des Kaufmannes Carl Bothe und seiner Ehefrau Luise Bothe, geb. Hillebrand, in Rheine geboren.

Nach einer vierjährigen Grundschulausbildung an der Dechant-Pietz-Schule in Rheine besuchte ich dort anschließend das Gymnasium Dionysianum, das ich im November 1966 mit dem Abschluß der Mittleren Reife verließ.

In den Jahren 1967 bis 1969 absolvierte ich eine Lehre im Hotel- und Gaststättenwesen.

Im Anschluß daran war ich sechs Semester am Westfalen-Kolleg in Paderborn, wo ich am 29. November 1972 das Zeugnis der allgemeinen Hochschulreife erhielt. Im Frühjahr 1973 immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Hochschule Hannover im Fachbereich Zahnmedizin mit dem Abschluß der naturwissenschaftlichen Vorprüfung im März 1974. Danach wechselte ich an die Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg mit der zusätzlichen Einschreibung in der Humanmedizin. Dort legte ich im September 1975 die ärztliche Vorprüfung und im April 1977 den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ab. Nach dem Wechsel an die Westfälische Wilhelms-Universität in Münster erfolgte im März 1979 der zweite Abschnitt der ärztlichen Prüfung.

Zur Zeit absolviere ich das Praktische Jahr am Stadtkrankenhaus in Soest, um dann im April 1980 den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung abzulegen.

